Nr. 25. 21. czerwca 1930 1931 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Ludwik PTASZEK, St. Asystent U. J. K. Lwów.

O wpływie zakażeń na zdolność chłonienia tlenu przez krew.

(Z Zakładu Patologji ogól. i dośw. U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke).

Wprowadzenie rozmaitych czynników chorobotwórczych do organizmu wywiera ujemny wpływ na cały ustrój. Zachodzi przytem uszkodzenie tkanek i narządów najczęściej z przewagą większego uszkodzenia jednej tkanki. Jeżeli tematem naszej pracy są zmiany w organizmie, powstałe pod wpływem drobnoustrojów chorobotwórczych i ich jadów, to wiemy, że w toku zakażenia właśnie zachodzi uszkodzenie wielu tkanek przez jady drobnoustrojowe. Sądziliśmy, że ważne znaczenie może mieć wykorzystanie szkodliwego działania jadów na krew, jako tkankę i uchwycenie zmian we krwi, powstałych pod wpływem zakażenia.

W toku zmian zakaźnych badaliśmy wpływ samego zakażenia na jedną z najistotniejszych własności ciałek czerwonych, a więc na zdolności chłonne hemoglobiny dla tlenu u zwierząt, a zmiany, jakieby w tej własności krwi wystąpiły, chcieliśmy wyzyskać dla patologji ludzkiej. Bieg naszych doświadczeń, który w toku pracy szczegółowo opiszemy, polegał na tem, że badaliśmy te zmiany we krwi (Hb) u zwierząt, po zakażeniu ich drobnoustrojami chorobotwórczemi dla ludzi.

Równocześnie nasunęło się pytanie, czy inne objawy, stale towarzyszące zakażeniu, nie mogą mieć wpływu na własności Hb nas interesujące, a w szczególności, czy podwyższona ciepłota ustroju sama nie wpływa na chłonność Hb. Licząc się z tem, że stanem zakażennym towarzyszy stale mniej lub bardziej wybitna gorączka, przeprowadziliśmy w tym samym kierunku szereg doświadczeń u zwierząt z gorączką pochodzenia niedrobnoustrojowego, lecz chemicznego, lub fizycznego o rozmaitych typach.

Przedewszystkiem zwróciliśmy się jednak do badań nad wpływem zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczemi na własności chłonne Hb, zdając sobie sprawę z tego, że są one w ścisłym związku z przemianą oddechową tkanek. Zmiany, dotyczące Hb, muszą być tem samem w ścisłej zależności od życia tkanek i narządów, skutkiem czego mogą być wyrazem uszkodzenia całego ustroju przez czynnik chorobotwórczy. Niezależnie od tego sama obecność drobnoustrojów, czy ich jadów we krwi, może wpływać bezpośrednio na samą Hb. Zachodziło tu więc główne pytanie, czy czynnik wprowadzony do ustroju uszkodzić może żywą tkankę w jej sile życiowej, czy też wprowadza ustrój w inne warunki fizyko-chemiczne.

W obliczeniach wartości chłonnych Hb staraliśmy się postępować tak aby przez odpowiednie przeliczenie wyłączyć zmiany fizyczne, któreby równocześnie mogły wystąpić i wpływać na otrzymane wyniki.

Dane, uzyskane z doświadczeń zwierzęcych, przenieśliśmy na materjał ludzki, którego nie wykorzystaliśmy w tak systematyczny sposób, jak zwierzęcy, a to z tego względu, że chodziło nam tu tylko o uzyskanie pewnych danych orjentacyjnych. Przeprowadzenie badań w klinice — wobec braku publikacyj z tego zakresu — wymaga dłuższych obserwacyj przy łóżku chorego, jak i obszerniejszego materjału dotyczącego poszczególnych jednostek chorobowych.

W toku pracy, jak zaznaczyliśmy, zajęliśmy się więc przedewszystkiem stanami gorączki wywołanemi przez drobnoustroje chorobotwórcze, i badaliśmy oddziaływanie ustroju na zakażenie opierając się na zmianach w chłonności hemoglobiny dla tlenu. Pokrótce zatrzymaliśmy się tylko dla celów porównawczych nad innemi postaciami gorączki (niedrobnoustrojowej).

I.

Postacie gorączki, wywołanej drobnoustrojami chorobotwórczemi.

U zwierząt prawidłowych oznaczaliśmy zdolność wiązania tlenu przez hemoglobinę w dwóch centymetrach sześciennych krwi metodą i aparatem Haldane'a, przez uwolnienie tlenu z nasyconej nim hemoglobiny zapomocą nasyconego roztworu żelazocyjanku potasowego. Ilości związanego gazu odczytywaliśmy na biurecie aparatu. Otrzymywane liczby przeliczaliśmy na 100 cm^3 krwi i 100 jednostek Hb, posługując się do tych oznaczeń hemoglobinometrem Sahliego. Np. otrzymaliśmy liczbę 32 (odczytaną na biurecie aparatu i zredukowaną do temperatury i ciśnienia). To oznaczało, że 100 cm^3 krwi jest zdolne związać 16 cm^3 tlenu. W tej samej krwi poziom Hb, według Sahliego, wynosił 80; gdyby Sahli wynosił 100, to w takim razie ta sama ilość krwi wiązałaby 20 cm^3 tlenu, i ta jest przez nas poszukiwaną liczbą bezwzględną. We wszystkich oznaczeniach postępowaliśmy w sposób podobny, obliczania te bowiem mają tę zaletę, że na liczby bezwzględne, w ten sposób otrzymane, nie ma wpływu zagęszczenie, czy rozcieńczenie krwi, a więc liczba ciałek czerwonych. Odstępstwa od liczb w ten sposób ustalonych można uważać jako istotne zaburzenia chłonności samej Hb, niepolegające na zmianach ilościowych we krwi. Liczyliśmy się także z tem, że w toku rozwoju różnych schorzeń zakaźnych już sama niedokrwność, jaka mogłaby wystąpić, wpłynęłaby na poziom zdolności wiązania tlenu przez Hb, dzięki zmniejszeniu ilości ciałek czerwonych, — przez podane zaś powyżej przeliczanie uniezależniliśmy zmiany w chłonności Hb od jej ilości we krwi.

Zwierzętom w ten sposób przygotowanym w tej serji doświadczeń wstrzykiwaliśmy dożylnie zawiesinę żywych drobnoustrojów chorobotwórczych i to: pałeczkę ronienia zakaźnego „Bang", duru rzekomego B, oraz duru brzusznego.

Wysokość dawki dobieraliśmy tak, aby u zwierzęcia wywołać obraz chorobowy przez pewien czas trwający. Dawka za wielka wywoływała szybko śmierć zwierzęcia, a dawka za mała nie wywoływała często żadnych ogólnych objawów chorobowych. Przedmiotowe obserwacje zwierzęcia odnosiły się do jego stanu ogólnego, a mianowicie zwracaliśmy uwagę na podwyższenie ciepłoty i na zachowanie się ogólne jak: osowiałość czy apatię, na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, a więc apetyt, stolce, wymioty. Jako miarodajne, a więc dające podstawy do wysnucia pewnych wniosków, uznaliśmy doświadczenia, w których rozwinął się w ten sposób opisany stan chorobowy, trwał przez pewien okres czasu, a następnie ustępował, względnie sprowadzał śmierć zwierzęcia. Po wprowadzeniu drobnoustrojów do krwiobiegu, systematycznie oznaczaliśmy u naszych zwierząt zdolność wiązania tlenu przez krew w rozmaitych odstępach czasu do śmierci, czy wyzdrowienia zwierzęcia.

Szczegółowy przebieg doświadczeń przedstawia się następująco: a) *zakażenie pałeczką ronienia zakaźnego „Bang" (Bact. (Brucella) abortus infectiosi „Bang").*

Pies Nr. 1. Norma wiązania tlenu przed wstrzyknięciem zawiesiny drobnoustrojów chorobotwórczych wynosiła 18 cm^3 tlenu na 100 cm^3 krwi i jednostek Sahliego. Ogólnie zwierzę prawidłowe. 27. X. 1930 wstrzyknięto dożylnie 3 miljardy pałeczek ronienia zakaźnego. Poziom zdolności wiązania tlenu przez Hb wykazał nieznaczne wahania i to wpierw spadek o 11%, utrzymujący się przez dwie doby; po dwóch dniach nastąpiło jednorazowe wychylenie w kierunku przeciwnym, a więc wzrost zdolności wiązania tlenu, który przekroczył cyfry wyjściowe o 25%. Po tem badaniu nastąpiło wyrównanie tych zaburzeń. Otrzymaliśmy więc krzywą o dwu niewielkich wychyleniach, ku dołowi i ku górze, poczem wyrównanie. Stan ogólny nie wykazał wyraźniejszych zmian: mogliśmy jedynie zauważyć osowiałość zwierzęcia oraz niepokój trwający nie więcej jak dwie doby po zakażeniu i idący równolegle ze spadkiem zdolności wiązania tlenu. Inne psy, którym podano taką samą dawkę materjału zakaźnego wykazały zmiany analogiczne. A więc: stan ogólny nie okazywał dużych zaburzeń i zdolność wiązania tlenu spadała tylko nieznacznie. Czasem nie mogliśmy zanotować nawet najmniejszego spadku zdolności wiązania tlenu.

Wobec słabej reakcji zwierząt, zwiększyliśmy dawkę zakaźną do 10 miljardów pałeczek ronienia zakaźnego. Przy stosowaniu tak dużych dawek, uzyskaliśmy dłużej trwający obraz chorobowy u zwierzęcia. Objawy ogólne wykazywały wyraźny stan schorzenia u psów: mieliśmy wybitnie podwyższoną ciepłotę, zwierzęta nie przyjmowały pokarmu, pokazały się wymioty. Rozwinął się zatem stan chorobowy, który utrzymywał się przez dłuższy czas. Charakterystycznem jest, że przy tym rodzaju zakażenia nie mieliśmy u naszych zwierząt, przy stosowaniu nawet dużych dawek materjału zakaźnego, ani jednego wypadku śmierci.

U tych zwierząt zdolność wchłaniania tlenu przedstawiała się następująco:

Np. Pies Nr. II. Parokrotne oznaczenie u zwierzęcia zdrowego ustaliło poziom zdolności wiązania tlenu na 20.5 cm³ na 100 cm³ krwi i jedn. Sahliego. Ogólnie zwierzę prawidłowe. 20. I. 1931 wstrzyknięto dożylnie 10 miljardów pałeczek ronienia zakaźnego. Zmiany w chłonności Hb dla tlenu podajemy poniżej w tabeli, a więc:

Przed zakażeniem 20.5 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahliego.

20. I. 1931, zakażenie.

22. I. 1931, 10.7 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahliego.

23. I. 1931, 21 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahliego.

24. I. 1931, 12 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahliego.

26. I. 1931, 13 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahliego.

28. I. 1931, 11 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahliego.

30. I. 1931, 18 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahliego.

3. II. 1931, 18 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahliego.

16. II. 1931, 17.5 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahliego.

Stan ogólny wykazywał zmiany, jakie poprzednio przytoczono, a więc: podwyższoną ciepłotę, brak apetytu, wymioty, apatję. Trwało to ogółem 10 dni, po tym okresie czasu wygląd zwierzęcia powrócił szybko do stanu prawidłowego. Znamiennem jest, co chcemy podnieść, że w czasie utrzymywania się klinicznych objawów schorzenia, stale obserwowaliśmy wyraźny spadek zdolności wiązania tlenu przez Hb. Spadek ten znikł z chwilą poprawy stanu ogólnego, był zatem równoległy z zaburzeniami ogólnemi. Liczby zdolności wiązania tlenu przez Hb jak zaznaczyliśmy na wstępie, przeliczaśliśmy na 100 cm³ krwi i jedn. Hb (Sahli). Przeglądając cyfry z ostatnio przytoczonego doświadczenia, widzimy, że ta sama ilość krwi z taką samą zawartością Hb, po wprowadzeniu drobnoustrojów do organizmu, była zdolna związać zaledwie połowę tej ilości tlenu, co poprzednio u zwierzęcia zdrowego. Wobec tego, że podawaliśmy badaniu tak ilościowo, jak i jakościowo ten sam materjał (krew), to musimy dojść do wniosku, że spadek zdolności wiązania tlenu nie polega tu na zmianie składu ilościowego krwi, a więc zmianie własności fizycznych, ale na uszkodzeniu samej Hb i to w jej czynności życiowej. Do tego faktu powrócimy jeszcze po opisie naszych doświadczeń. Tu chcemy jedynie podnieść, że zmiany we krwi u zwierząt, pozostających pod wpływem drobnoustrojów chorobotwórczych, czy też ich jadów, są raczej przyrody biologicznej, aniżeli polegać by miały na zmienionych warunkach fizyko-chemicznych we krwi. Jako drugą znamienną cechę w tem doświadczeniu, podnosimy objaw zresztą stale występujący, a mianowicie to, że spadek zdolności wiązania tlenu przez Hb występował prawie bezpośrednio po wprowadzeniu do ustroju czynników uszkadzających. Dla ścisłości rozważań chcemy jeszcze dodać, że nie zauważyliśmy równoległości pomiędzy chłonnością tlenu przez Hb, a liczbą ciałek czerwonych krwi; w pierwszych bowiem okresach po wstrzyknięciu drobnoustrojów zauważyliśmy wyraźne zagęszczenie krwi (wzrost liczby ciałek czerwonych), później dopiero stopniowo rozwijała się wyraźna niedokrwistość. Te zmiany fizyczne były bez wpływu na upośledzone zdolności chłonne Hb. Jako trzeci moment podnosimy na tem miejscu równoległość pomiędzy reakcją ogólną organizmu na zakażenie, a więc ogólnym stanem chorobowym, a zdolnością wchłaniania tlenu przez krew (Hb).

b) *Zakażenie pałeczką duru rzekomego B. (Bact. paratyphi B).*

Postępowanie nasze w tych doświadczeniach nie odbiegało od toku poprzednich badań. Dawki zakaźne, jakie zaczęliśmy tu początkowo stosować, okazały się za wielkie. Jako przyczynę tego musieliśmy uważać małą odporność psów na ten rodzaj zakażenia. Zwierzęta nasze ginęły szybko po wstrzyknięciu zawiesiny pałeczek duru rzekomego B wśród ogólnych wybitnych objawów chorobowych. Już parę godzin po wstrzyknięciu zawiesiny, zwierzęta dostawały wymiotów i biegunek. O przyjmowaniu pokarmów nie było mowy. Ogólna prostracja zwierząt kończyła się do jednego, czy dwóch dni śmiercią. Przedagonalne badania zdolności wiązania tlenu wykazywały stale upośledzenie tej własności Hb sięgające do 50%.

Tak krótko trwające procesy chorobowe nie dawały nam możności dokładnej obserwacji zwierzęcia przez dłuższy przeciąg czasu, o co właściwie nam chodziło. Widzieliśmy się zmuszeni zmniejszyć dawkę zakaźną; w ten sposób uzyskaliśmy obrazy chorobowe, trwające dłużej, bo około tygodnia. Stan ogólny zwierząt bardzo ciężki, cechował się podwyższoną ciepłotą, ciężkiemi zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego, jako też zupełną apatją. Występowały nawet okresy, w których na podstawie obserwacji można było sądzić, że zwierzęta tracą chwilowo przytomność. Sprawa nas interesująca, a więc zdolność wiązania tlenu przez Hb przedstawiała się, jak i we wszystkich naszych doświadczeniach, tak i tu podobnie. Dla przykładu podajemy doświadczenie z psem Nr. III.: zdolność wchłaniania tlenu przez krew wynosiła u niego 25 cm³ na 100 cm³ krwi i jedn. Hb Sahli. 4. XI. 1930. wstrzyknięto zawiesinę pałeczek duru rzekomego B. Doświadczenie to podajemy poniżej, zebrane w tabeli:

Przed zakażeniem 25 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.

4. XI. 1930. zakażenie.

5. XI. 1930. 13 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.

6. XI. 1930. 14 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.

7. XI. 1930. 11 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.

10. XI. 1930. 17 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.

W dobę po ostatniem oznaczeniu nastąpiła śmierć zwierzęcia. Uzyskaliśmy zatem w przypadku wyżej opisanym dłużej trwający stan chorobowy, w którym stopniowo rozwijające się coraz cięższe objawy chorobowe doprowadziły do zejścia śmiertelnego. Krzywa zachowania się zdolności wiązania tlenu przez Hb wykazała odrazu spadek, który z pewnemi nieznacznemi wahaniami utrzymywał się do śmierci zwierzęcia. Największa zniżka w chłonności tlenu wynosiła 56%. W doświadczeniu powyższem jak i innych wystąpiły te same cechy reakcji ustroju na zakażenie, a więc: mieliśmy wybitny spadek zdolności wchłaniania tlenu przez Hb, który wystąpił zaraz po zakażeniu i mieliśmy równoległość pomiędzy stanem ogólnym zwierząt, a chłonnością tlenu.

Stosując ten rodzaj zakażenia, nie zawsze wywoływaliśmy u zwierząt zejście śmiertelne. Posiadamy cały szereg obserwacyj, w których wstrzyknięcie zawiesiny pałeczki duru rzekomego B nie wywołało groźnych objawów chorobowych dla życia zwierzęcia. Objawy ogólne, choć wyraźne, nie wykazywały od początku poważnych zaburzeń w ustroju i cały przebieg choroby psa był lżejszy. Zwierzęta, po pewnym okresie trwania zaburzeń, powracały do stanu prawidłowego. Dawek zakaźnych nie zmniejszaliśmy już w dalszych doświadczeniach. Jeżeli u zwierząt naszych rozwinął się dłużej trwający okres chorobowy, nie doprowadzający ich do śmierci, to działo się to — sądzimy — tylko dzięki większej odporności pewnych psów na zakażenie.

Przykładem tej postaci schorzeń może być pies Nr. VII. Zwierzę o ustalonym poziomie zdolności wiązania tlenu przez Hb na 19 cm³ na 100 cm³ krwi i jedn. Hb Sahliego, zakażono pałeczką duru rzekomego B. W niedługi czas po wprowadzeniu drobnoustrojów wystąpiły wolne stolce oraz zupełny brak apetytu, początkowo widzieliśmy nawet u zwierzęcia wymioty, ciepłota podniosła się i trwała ze zmiennem nasileniem około dwu tygodni. Tak długo utrzymywały się również wymienione objawy ogólne, też ze zmiennem nasileniem. Po dwóch tygodniach rozpoczął się powolny okres zdrowienia, wśród którego ustępowały powoli powyższe zaburzenia, zwierzę było jednak jeszcze przez dłuższy czas apatyczne. Ostatecznie nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Badania zdolności wiązania tlenu przez Hb przeprowadziliśmy systematycznie. Na drugi dzień po zakażeniu wystąpiło już upośledzenie zdolności chłonnych Hb. Cyfry wykazujące obniżenie w tym kierunku utrzymywały się przez cały czas trwania schorzenia i powoli dopiero ustąpiły w okresie ozdrowienia psa. Naogół możemy powiedzieć, że przy schorzeniu takiem, jak przytoczone, a więc nieznacznem, liczby zdolności wiązania tlenu, nie były tak niskie jak w poprzednich, ciężkich postaciach paratyfusu B. Największy spadek, jaki zanotowaliśmy w tym przypadku wynosił 21%. Porównanie doświadczeń ze sobą pod względem natężenia samego schorzenia, a zwłaszcza objawów ogólnych, jak i spadku zdolności wiązania tlenu wykazuje, jak dotychczas widzimy, ścisłą równoległość pomiędzy sobą. W ciężkich postaciach zakażenia, mieliśmy zawsze wybitnie większy spadek chłonności tlenu przez Hb, a w lekkich postaciach schorzeń cyfry spadku zdolności wchłaniania tlenu nie były tak niskie.

c) *Zakażenie pałeczką duru brzusznego (Bact. typhi abdominalis).*

W stosowaniu tego zakażenia nie zmienialiśmy w zasadzie toku doświadczeń, lecz przeprowadzaliśmy je podobnie jak poprzednie, zwracając jedynie uwagę na to, by uzyskać powolny obraz chorobowy, a nie wywołać odrazu śmierci zwierzęcia. U niektórych z naszych psów doświadczalnych widzieliśmy — jeżeli wolno nam tak powiedzieć — nawet typowe durowe stolce, tak charakterystyczne dla tego schorzenia w patologji ludzkiej. Same objawy

ogólne były u rozmaitych zwierząt różnie nasilone. Mieliśmy przypadki o ciężkim, średnim i lekkim stanie ogólnym. Śmiertelność psów była mniejsza, niż w zakażeniach durem rzekomym. Poszczególne doświadczenia przytaczamy poniżej. Pies Nr. IX. Zwierzę oddziaływało na wprowadzenie drobnoustrojów gwałtownemi objawami, których nasilenie w przebiegu choroby zmniejszyło się nieco, a mimo to doprowadziły one w przeciągu dwu tygodni do śmierci. Spadek zdolności wiązania tlenu wystąpił zaraz po zakażeniu i utrzymywał się do końca życia; najniższe liczby wykazały spadek 36%.

Pies Nr. X. zapadł na stan chorobowy, cechujący się mniej nasilonemi objawami i po czterotygodniowej chorobie powrócił do zdrowia. Równolegle wystąpił spadek zdolności wiązania tlenu, a najniższe liczby były obniżone o 23% w stosunku do liczb wyjściowych. U obu zwierząt więc, jak widzimy, istniała ścisła równoległość pomiędzy ogólnemi objawami chorobowemi, a zdolnością wiązania tlenu. Nadmieniamy, że u obu zwierząt odczyn zlepny we krwi zachował się odmiennie: pies Nr. IX. 1:300; pies Nr. X. 1:50. Inny pies zakażony pałeczką duru brzusznego klinicznie przebył ciężką chorobę, zmiany w zdolności wiązania tlenu przez Hb u niego zestawiamy w tabeli:

Przed doświadczeniem ustalono poziom zdolności wiązania tlenu na: 18,5 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.

11. II. 1931 zakażenie.
12. II. 1931. 8,0 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.
13. II. 1931. 11,0 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.
14. II. 1931. 11,5 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.
16. II. 1931. 10,0 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.
18. II. 1931. 18,0 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i 100 jedn. Hb Sahli.

Doświadczenie więc nie odbiegało w przebiegu od typu doświadczeń poprzednich. Wystąpił ogólny stan chorobowy, któremu równolegle towarzyszyło obniżenie zdolności chłonnych Hb. Równolegle z powrotem zwierzęcia do zdrowia znikały zaburzenia w chłonności Hb.

Przeglądając wszystkie dotychczas przytoczone doświadczenia, widzimy, że psy oddziaływują na zakażenie drobnoustrojami chorobotwórczemi dla ludzi, że przy odpowiedniej dawce można u nich wywołać dłużej trwający stan chorobowy, jeżeli wielkością dawki przekroczymy próg odporności zwierzęcej, a nie uszkodzimy gwałtownie całego ustroju. Ogólne obserwacje dają pewne podobieństwo z przebiegiem odnośnych schorzeń u ludzi. Doświadczenia takie nadają się naszem zdaniem do obserwacyj eksperymentalnych w różnych kierunkach, dotyczących wogóle schorzeń zakaźnych. My użyliśmy tych doświadczeń do badania wpływu uszkodzenia organizmu czynnikami biologicznemi (jadami drobnoustrojów chorobotwórczych) na życie ustroju przez reakcję poszczególnych jego tkanek, przedewszystkiem krwi i badaliśmy zachowanie się uszkodzonej w ten sposób Hb odnośnie do jej zdolności chłonnych dla tlenu. Wprowadzenie drobnoustrojów chorobotwórczych do organizmu wywiera wybitnie ujemny wpływ na zdolności chłonne Hb. Najważniejszem wydaje się nam rozstrzygnięcie przyczyny tych zmian. Jak już zauważyliśmy na wstępie, w toku badań staraliśmy się tak postępować, żeby wyeliminować z naszych cyfr przez odpowiednie przeliczenie fizyko-chemiczne wpływy, jakie w chorym ustroju mogą zajść. Zaznaczyliśmy już przy opisie pierwszych doświadczeń, że ilość związanego tlenu odnosimy do samej Hb, a nie do ciałek czerwonych. Wiemy bowiem z kliniki chorób zakaźnych, że w toku schorzeń zakaźnych ilość ciałek czerwonych, a więc jeden z warunków fizycznych dla chłonności tlenu przez krew, podlega rozmaitym wahaniom. Przeliczając jednak w przypadkach wystąpienia niedokrwistości niższe liczby związanego tlenu oraz niższy poziom Hb' do 100 cm³ krwi i jednostek Hb Sahliego, powinniśmy otrzymać w takim wypadku takie same wartości dla tlenu. Jasnem jest przeto, że, ilekroć w naszych doświadczeniach wystąpiło zubożenie krwi w Hb, to przy przeliczaniu na 100 cm³ krwi i jednostek Hb Sahli, błąd jakiby mógł powstać przez zmianę warunków ilościowych został usunięty. Przy każdem oznaczeniu badaliśmy zatem tę samą ilość składnika chłonącego tlen. Podnosimy, że wartości chłonne Hb u zwierząt zdrowych różniły się w poszczególnych oznaczeniach o ułamki procentów, zmiany zatem, jakie po zakażeniu wystąpiły, wykazały, że ten sam czynnik chłonny zawarty we krwi, jest zdolny wchłonąć znacznie mniej tlenu niż przedtem — jest zatem uszkodzony w swojej czynności życiowej. Zjawisko to nosi na sobie wyraźne piętno zmian warunków biologicznych krwi, a więc uszkodzenia żywotności krwi jako tkanki. Z tego wszystkiego cośmy powiedzieli, wysnuwamy wniosek, że wprowadzenie drobnoustrojów chorobotwórczych do organizmu wpływa w ten szkodliwy sposób na Hb, że obok innych może uszkodzeń odrębnej natury zmniejsza jej własności chłonne dla tlenu.

Podnosimy tu, że oddziaływanie ustroju na zakażenie w postaci zmian w chłonności Hb, uważamy jako nieswoiste, a wynikłe, jak zaznaczyliśmy powyżej, z uszkodzenia biologicznego żywej krwi, bez względu na czynnik uszkodzający (w naszych doświadczeniach zakażenie).

Uszkodzenie Hb należy traktować na równi z uszkodzeniem tkanek i narządów przez jady drobnoustrojowe, a więc czynnik biologiczny. Jasnem jest, że uszkodzenie chłonności Hb, przenośnika tlenu w ustroju, jest w ścisłym związku z przemianą oddechową tkanek. Z innej strony wiemy, że w przypadkach chorób zakaźnych nie przychodzi do wielkich zmian w przemianie oddechowej wogóle, a zatem nie mamy ani wzmożonej czynności oddechowej, ani wybitnego wzrostu zapotrzebowania tlenu przez chory ustrój. U naszych zwierząt doświadczalnych w toku rozwoju zakażenia nie stwierdzaliśmy nigdy wzmożonej czynności oddechowej (hiperwentylacji), równoznacznej z pojęciem klinicznem duszności. Z tego wszystkiego wynika, że w tkankach mimo istnienia gorączki nie toczyły się przyśpieszone procesy spalania, gdyby one bowiem miały miejsce, to przy uszkodzeniu chłonności Hb o 50% czynność oddechowa narządu oddechowego winna wzrosnąć dwukrotnie, czego nigdy nie zauważyliśmy. Mamy więc w toku rozwoju zakażenia z jednej strony uszkodzenie życiowe tkanek i narządów polegające na zaburzeniach w przemianie oddechowej tkanek, z drugiej zaś strony uszkodzenie krwi w jej własnościach przenośnych dla tlenu. Nierozstrzygnięte pozostaje pytanie, czy uszkodzenie ma swoje miejsce pierwotnie w tkankach, poczem przenosi się na krew, czy też odwrotnie. Opierając się na tem, że po zakażeniu w bardzo krótki czas spotykaliśmy zmiany we krwi przez nas opisane — sądzimy, że w łączności z bramą wejścia wpierw ulega szkodliwemu działaniu jadów krew, a później zostają dopiero zatrute tkanki i narządy. W każdym razie możemy powiedzieć, że bez względu na procesy fizyko-chemiczne oddechowe, przyczyną zmian we krwi, które w tym rozdziale opisaliśmy, jest wtargnięcie do ustroju czynnika biologicznego, uszkadzającego cały ustrój. Uszkodzenie krwi jest jednym, a może pierwszym objawem niedomogi.

Na zakończenie doświadczeń zwierzęcych z drobnoustrojami chorobotwórczemi podnosimy jeszcze fakty, mogące mieć pewne praktyczne znaczenie, a mianowicie: stopień obniżenia zdolności wchłaniania tlenu przez Hb odpowiadał w przebiegu naszych doświadczeń ciężkości stanu ogólnego zwierzęcia. Widzieliśmy ogólnie ciężkie przypadki, kończące się śmiercia, w których poziom zdolności wiązania tlenu był silnie obniżony (sięgał 50% i więcej), widzieliśmy przypadki lżejsze, kończące się wyzdrowieniem zwierzęcia, a zdolność wchłanania tlenu wykazywała mniejszy spadek (około 30%), widzieliśmy w końcu całkiem lekkie schorzenia, w których upośledzenie wiązania tlenu nie przekraczało 15%. Wskazuje to na to, że badanie zdolności wchłaniania tlenu może być czynnikiem pomocniczym do oceny siły działania czynnika uszkadzającego, w naszych badaniach ciężkości zakażenia, i jako takie może znaleźć swoje miejsce w szeregu pomocniczych badań klinicznych. Posiada ono jeszcze i tę zaletę, że występuje bardzo szybko po zakażeniu, a więc jeżeli chodzi o infekcję, znacznie szybciej, niż odczyny serologiczne, swoiste.

II.

Jak dotychczas, wykazaliśmy wpływ zakażeń drobnoustrojami chorobotwórczemi na chłonność Hb dla tlenu. Liczby nasze uniezależniliśmy od zmian ilościowych we krwi, powstałych w toku zakażenia. Podnieśliśmy uszkodzenie życia krwinek czerwonych przez krążące we krwi drobnoustroje i ich jady. Stwierdziliśmy uszkodzenie Hb przez te czynniki, czego wyrazem były zmiany w jej chłonności dla tlenu; wysnuliśmy wniosek, że uszkodzenie to polega na wpływie jadów drobnoustrojowych na samą Hb przez zmianę warunków biologicznych. Uważaliśmy jednak jako konieczne zatrzymać się dłużej jeszcze nad jednym faktem. Wiadomem jest, że wszystkim postaciom zakaźnym towarzyszy mniej lub więcej podwyższona ciepłota ustroju, a jak dotychczas, na podstawie doświadczeń z gorączką zakaźną, nie mogliśmy rozstrzygnąć, czy samo podwyższenie ciepłoty nie ma tego wpływu na Hb niezależnie od zakażenia.

Rozważania nad tym problemem, przeprowadzone na podstawie szczegółowych opisów doświadczeń z gorączką chemiczną — jakie znajdujemy w piśmiennictwie, pozwoliły nam na pewne przypuszczenia, które rzucają światło na to zagadnienie. Jeżeli zatrzymamy się dłużej nad zmianami, które zachodzą w ustroju w przemianie oddechowej podczas podwyższonej ciepłoty, to łatwo możemy spostrzec, że warunki wymiany gazowej w gorączce niezakaźnej wykazują wybitne różnice w porównaniu ze stosunkami prawidłowemi. W pierwszym rzędzie zwiększa się bardzo wybitnie procentowo ilość tlenu zużywanego z otoczenia, potrzebna dla pokrycia znacznie przyśpieszonych procesów spalania w tkan-

kach i narządach. Gdyby wszystkie warunki przemiany oddechowej pozostały niezmienione, to hemoglobinie często przypadłoby w udziale przenoszenie do tkanek parokrotnie większych ilości tlenu, niż może ona wogóle się nim nasycić. Wchłanianie tak wielkich ilości tlenu przez Hb jest nie do pomyślenia. Występuje też szybko wybitnie wzmożona czynność oddechowa (hiperwentylacja) tak, że przez płuca w okresie gorączki przepływa znacznie więcej powietrza, niż w warunkach prawidłowych. U takich zwierząt zatem zwiększa się wprawdzie parokrotnie ilość zużytego tlenu, wyrażona w procentach, lecz równocześnie zwiększa się ilość powietrza doprowadzonego do płuc. Wynikiem końcowym jest tylko znacznie szybsza wymiana gazów w tkankach. Zrozumiałą jest rzeczą, że, jeżeli procentowe liczby zwiększonej ilości zużytego tlenu są tak samo wielokrotnie większe, jak ilość powietrza doprowadzonego do płuc, to w takim razie Hb nasyca się zawsze tą samą ilością tlenu, znacznie szybciej jedynie oddając ją tkankom i narządom. Ta szybka wymiana gazów w oddychaniu tkankowem pociąga za sobą zmiany ogólne w krążeniu, polegające na zwiększonej szybkości przepływu krwi przez tkanki (a więc zwiększenie ilości uderzeń serca, rozszerzenie naczyń, zmiany w ciśnieniu). Na przykładzie przedstawia się to następująco: gdyby zwierzę zużywało w 1 minucie 50 cm³ tlenu, a ilość powietrza przepływającego w tym czasie przez płuca zwierzęcia wynosiła n. p. 300 cm³, to dla utrzymania jednakowego poziomu chłonności Hb dla tlenu, przy wzroście zużytego tlenu wyrażonego w procentach na 100 cm³, ilość powietrza doprowadzonego do płuc musi wynosić 600 cm³, a więc także dwa razy więcej. Jeżeli zatem w postaciach niezakaźnej gorączki spotykamy się w literaturze z liczbami, które wykazują równoległość pomiędzy procentowym wzrostem zużytego tlenu, a ilością powietrza doprowadzonego do płuc, to jasnem jest, że w przypadkach tych nie przychodzi do upośledzenia chłonności Hb, a zatem do uszkodzenia jej przez podwyższoną ciepłotę ustroju. Nie możemy jednak pominąć tego, że środek chemiczny mający wywołać gorączkę wprowadzony do ustroju może w pewnych wypadkach wpłynąć sam jako taki na zdolność wiązania tlenu przez swoje własności trujące dla Hb. Podobnego jednak działania przy użyciu naszych środków nie zauważyliśmy.

Na poparcie naszych wniosków dotychczasowych przeprowadziliśmy szereg doświadczeń na zwierzętach (psach i królikach). Celem doświadczeń było wykazanie, czy rozmaite postacie gorączki niezakaźnej mają jaki wpływ na chłonność Hb dla tlenu, a w szczególności czy mogą uszkodzić Hb w analogiczny sposób jak drobnoustroje i ich jady, jakto wykazaliśmy poprzednio.

Doświadczenia nasze przeprowadziliśmy w sposób następujący: ustalaliśmy ciepłotę zwierzęcia, jako też poziom zdolności wiązania tlenu przez Hb we krwi, poczem w I-ej serji doświadczeń wstrzykiwaliśmy środek chemiczny mający wywołać podwyższenie ciepłoty. Po zastosowaniu tego środka, kontrolowaliśmy systematycznie ciepłotę zwierząt i na szczycie gorączki znów oznaczaliśmy zdolność wiązania tlenu przez Hb. W niektórych doświadczeniach oznaczaliśmy zdolność wiązania tlenu parokrotnie. Obecnie przystępujemy do opisu doświadczeń nad wpływem poszczególnych postaci gorączki niezakaźnej na zdolność wiązania tlenu u zwierząt.

a) *Gorączki wywołane błękitem toluidyny.*

U zwierząt doświadczalnych uzyskaliśmy przy tym środku stosunkowo małe podwyższenia ciepłoty, które przekraczały ciepłotę wyjściową o 1 — 1,5° C. Zdolność wiązania tlenu wykazywała nieznaczne różnice w okresie gorączki w porównaniu z liczbami wyjściowemi. Występowały małe wahania, pozostające w granicach błędu metody. Przykłady:

Pies Nr.	godzina	Ciepłota C.	Zdolność wiązania tlenu na 100 cm³ krwi i j. Sahli
XV.	10,0'	38,0°	18,0 cm³
	10.10' 40 cm³ 1-proc. roztworu błęk. tol. *refr. dosi* dożylnie		
	10,45'	39,0°	
	10,55'	39,4°	
	11,30'	39,5°	16,0 cm³
XVI.	10,15'	38,4°	11,3 cm³
	10,20' 40 cm³ 1-proc. roztw. błękit. toluid. *refr. dosi* dożylnie		
	11,45'	39,4°	13,1 cm³

Ten typ gorączki przeto, jak widzimy, nie wywołał ujemnych zmian w chłonności Hb dla tlenu. Podnieść chcemy tutaj, że w toku wszystkich dalszych naszych doświadczeń, w przebiegu gorączek niezakaźnych spotkaliśmy się raczej z pewnem nieznacznem podwyższeniem zdolności chłonnych Hb, aniżeli z obniżeniem. Fakt ten tłumaczyliśmy sobie według danych, jakie przytoczyliśmy na początku tego rozdziału, a polegać to może na pewnem przesunięciu czynności oddechowych krwi w kierunku dodatnim w granicach możliwości fizyko-chemicznych.

b) *Gorączki wywołane tropeoliną 000.*

Przykład:

Pies nr.	Godzina	Ciepłota C.	Zdolność wiązania tlenu na 100 cm³ krwi i j. Sahli
XVII.	10,00'	38 0°	13 6 cm³
	10,10' 50 cm³ 1-proc. roztw. tropeoliny 000 *refr. dosi* dożylnie		
	14,00'	38,6°	13.7 cm³

Podwyższenie ciepłoty przy tym środku było naogół nieznaczne.

Wpływu na Hb nie zauważyliśmy.

c) *Gorączki wywołane Yatren-Casein'ą i Caseosan'em.*

Naogół nie spotkaliśmy przy podaniu domięśniowem tych środków, żadnych zaburzeń w chłonności Hb. Podwyższenie ciepłoty we wszystkich doświadczeniach jest niewielkie.

d) *Gorączki wywołane peptonem.*

Środek ten wywoływał znacznie wybitniejsze podwyższenia ciepłoty, które pozostawały w zależności od sposobu podania środka. Stosowaliśmy go podskórnie i dożylnie. Przykłady:

Zwierzę	Godzina	Ciepłota C.	Zdolność wiązania tlenu na 100 cm³ krwi i j. Sahli
Królik XIX.	10,00'	38,8°	16 7 cm³
	10,05' 2 g peptonu podskórnie		
	w 24 godź.	39,5°	17,7 cm³
Pies XX.	10,30'	39,0°	14,0 cm³
	10.35' 5 g peptonu podskórnie		
	w 24 godź.	39,8°	17,0 cm³
Pies XXII.	9,45'	38,2°	17,0 cm³
	9,50' 2 g peptonu dożylnie		
	12,30'	40,0°	17,0 cm³
	14,00'	39,0°	17 0 cm³
Pies XXIII.	10,15'	38,5°	13,7 cm³
	10,20' 2 g peptonu dożylnie		
	12,30'	39,2°	15,4 cm³
	14,00'	39,5°	15,7 cm³

Przy podawaniu pod skórę wyraźne podwyższenie ciepłoty otrzymywaliśmy dosyć późno, bo dopiero w 24 godzin po wstrzyknięciu, gorączka przytem nie bardzo wysoka. Przy podaniu dożylnem podwyższenie ciepłoty występowało znacznie szybciej, bo do paru godzin. Równocześnie mogliśmy obserwować nasilone oddechy (hiperwentylacja), którym towarzyszył niepokój zwierząt. Zdolność wiązania tlenu nie wykazywała wogóle żadnych zaburzeń; owszem często występował podobnie jak poprzednio zaznaczyliśmy nieznaczny wzrost zdolności chłonnych Hb.

W doświadczeniach dotychczas przytoczonych stwierdziliśmy więc wprawdzie wyraźne podwyższenie ciepłoty, tem samem wyraźne działanie środków gorączkotwórczych wprowadzonych do ustroju, ciepłota zwierząt nie była jednak nigdy tak wybitnie podwyższona, żeby pozwoliła nam na wysnucie niezbitych wniosków,

zwłaszcza, że nie spotkaliśmy żadnych zaburzeń w chłonności tlenu przez Hb.

e) *Gorączki, wywołane betatetrahydronaftylaminą.*

Ten środek chemiczny stosowaliśmy podskórnie, domięśniowo i dożylnie. Oczywiście otrzymywaliśmy różne nasilenia ciepłoty zwierząt pozostające w związku z bramą wejścia środka. Przy stosowaniu podskórnem uzyskaliśmy stosunkowo małe podwyższenia ciepłoty. Po wstrzyknięciu środka do mięśni podwyższenie ciepłoty było większe, a po wlaniu dożylnem bardzo wybitne. Upośledzenia zdolności chłonnych Hb nie stwierdziliśmy ani razu.

Przykłady:

Pies nr.	Godzina	Ciepłota C	Zdolność wiązania tlenu na 100 cm³ krwi i j. Sahli
XXX.	9,50'	39,2°	17,5 cm³
	9,55' 0·3 betatetrahydronaftylaminy domięśniowo		
	10,30'	40,4°	18,2 cm³
	11,10'	40,8°	17,5 „
	11,40'	41,4°	15,5 „
	13,00'	41,6°	16,3 „
XXXII	9,14'	37,8°	12,0 „
	9,15' 0·15 betatetrahydronaftylaminy dożylnie		
	9,45'	38,7°	11,5 cm³
	10, 5'	40,0°	18,1 „
	10,45'	41,1°	17,6 „
	15,00'	38,2°	16,0 „

Tu więc, mimo wybitnie podwyższonej ciepłoty zwierząt doświadczalnych, nie spotkaliśmy upośledzenia Hb co do jej zdolności chłonnych dla tlenu. Owszem jak z przeglądu wszystkich doświadczeń wynika możemy podnieść, że raczej mieliśmy do czynienia ze wzrostem tych zdolności choć nieznacznym, aniżeli ze spadkiem.

Grupy gorączek dotychczas przedstawione, wywoływaliśmy zatem przez wprowadzenie do ustroju środków chemicznych, nie licząc się z możliwością, że każdy z nich mając jak zawsze zresztą wielorakie działanie, wpływać może także na inne cechy ustroju, a nietylko na wywołanie podwyższonej ciepłoty. Ażeby więc otrzymać jak najczystsze postacie podwyższonej ciepłoty (niezakaźne i niechemiczne), zastosowaliśmy u naszych zwierząt przegrzanie w komorze i nakłucie cieplne mózgu.

Doświadczenia te przytaczamy poniżej:

f) *Gorączka, wywołana przegrzaniem w komorze.*

Przykłady:

Królik nr.	Godzina	Ciepłota C.	Ciepłota komory	Zdolność wiązania tlenu na 100 cm³ krwi i j. Sahli
XXXIII.	9,30'	38,2°	36°	13,4 cm³
	9,35' umieszczenie w komorze			
	10,15'	42,5°	45°	14,6 „
XXXIV	11,25'	38,6°	47°	12,0 „
	11,27' umieszczenie w komorze			
	12,00'	41,5°	47°	18,0 „
	12,30'	42,5°	47°	17,3 „

Podobnie jak i poprzednio zatem, mimo znacznego wzrostu ciepłoty zwierząt nie wystąpiło upośledzenie zdolności chłonnych Hb.

g) *Gorączka wywołana przez nakłucie cieplne.*

U tych zwierząt tok doświadczeń przebiegał następująco: po oznaczeniu ciepłoty ciała i poziomu zdolności wchłaniania tlenu przez krew, poddawaliśmy zwierzęta lekkiej narkozie: następnie nakłuwaliśmy na szczycie czaszki kierując się ku podstawie mózgu zwierzęcia. Króliki zabieg ten znosiły bardzo dobrze. Gorączka występowała wyraźna. Zmian w chłonności Hb nie spotkaliśmy żadnych.

Przykłady:

Królik nr.	Godzina	Ciepłota C.	Zdolność wiązania tlenu na 100 cm³ krwi i j. Sahli
XXXV.	10,30'	37,4°	15,6 cm³
	11,00' nakłucie cieplne		
	16,00'	39,5°	16,8 „
XXXVI.	10,35'	37,7°	14,3 „
	11,05' nakłucie cieplne		
	16,00'	39,9°	14,9 „

Ta postać zatem gorączki nie wywarła żadnego wpływu na zdolności chłonne Hb.

Doświadczenia przytoczone w tym rozdziale niniejszej pracy, potwierdziły nasze wnioski i przypuszczenia wynikłe z rozważań czysto teoretycznych, skutkiem czego pozwoliły nam na wysnucie wniosku, że sama gorączka nie jest zdolna uszkodzić Hb w jej własnościach życiowych, których przejawem jest wchłanianie tlenu.

Wpływ „czystej" gorączki ujawniał się w naszych doświadczeniach raczej przez podwyższenie zdolności chłonnych Hb, a zatem przez przesunięcie czynności oddechowej krwi w innym kierunku w zależności od zmienionych warunków przemiany oddechowej tkanek i narządów. Gorączki więc niezakaźne nie wywarły nigdy ujemnego wpływu na Hb, o charakterze uszkodzenia biologicznego procesów życiowych krwi.

III.

Doświadczenia na zwierzętach, jakie powyżej zebraliśmy wykazały zatem wpływ drobnoustrojów chorobotwórczych, czy ich jadów, na hemoglobinę. Wpływ ten ujawnił się w upośledzeniu jednej z najważniejszych czynności Hb, — zdolności wiązania tlenu. Zaburzenia w chłonności Hb były największe na szczycie rozwoju choroby zakaźnej; wielkość spadku wchłonionego tlenu odpowiadała nasileniu zakażenia. Momenty w ten sposób uzyskane staraliśmy się wykorzystać dla badań klinicznych. Jak na wstępie zaznaczyliśmy, badania te nie są przeprowadzone systematycznie i nie obejmują większej liczby jednostek chorobowych. Chodziło tu bowiem, tylko o uzyskanie pewnego ogólnego rzutu na tę sprawę w klinice. Opierając się na naszych wynikach doświadczalnych, pobieraliśmy krew na szczycie rozwoju chorób zakaźnych jak i w innych okresach. Niektóre przypadki kliniczne mieliśmy sposobność obserwować dłużej. W obliczeniach samych wartości dla tlenu, postępowaliśmy w sposób taki sam, jak poprzednio. Otrzymane liczby porównywaliśmy z liczbami normalnemi u zdrowego człowieka, które wynoszą około 20 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi i jednostek Sahliego.

Typhus abdominalis.

Przypadki nasze dotyczą chorych, znajdujących się w rozmaitych okresach choroby. Rozpoznanie opieraliśmy na objawach klinicznych, popartych odczynem serobiologicznym (Widal). Zestawienie przypadków podajemy poniżej.

1) chory Lw., w pierwszym tygodniu choroby, zd. wiąz. tlenu: 13,5;

2) chory Kop., w pierwszym tygodniu choroby, zd. wiąz. tlenu: 8,0;

3) chory Hall., w pierwszym tygodniu choroby, zd. wiąz. tlenu: 7,0;

4) chory Lip., w drugim tygodniu choroby, zd. wiąz. tlenu: 10,0;

5) chory Ko., w drugim tygodniu choroby, zd. wiąz. tlenu 9,8;

6) chory Cze., w trzecim tygodniu choroby, zd. wiąz. tlenu: 11,3;

7) chory Koz., w piątym tygodniu choroby, zd. wiąz. tlenu: 11,8.

W okresie ozdrowienia w przypadkach bezgorączkowych liczby zdolności wiązania tlenu spotykaliśmy na ogół wyższe. Zawsze jednak nie sięgały one do poziomu takiego, jak u ludzi zdrowych. W przypadku powolnego zdrowienia z nawrotami, krew badana w okresie bezgorączkowym wykazywała znaczne obniżenie.

8) Chora J. H., w 11-tym tygodniu choroby, zd. wiązania tlenu 8,0.

Spadek zatem zdolności wiązania tlenu, był wyraźny i sięgał cyfr bardzo niskich.

Typhus exanthematicus.

Badania w okresie gorączkowym wykazywały wyraźne upośledzenie zdolności wiązania tlenu przez Hb.

9) Chory Feł., 11-sty dzień choroby, zd. wiązania tlenu 10,6;
10) chory Feł., 13-sty dzień choroby, zd. wiązania tlenu 10,1.

Stanowi gorączkowemu w przebiegu tej choroby zakaźnej towarzyszył więc podobny wybitny spadek zdolności chłonnych Hb. W okresie ozdrowienia poziom zdolności wiązania tlenu, był znacznie wyższy:

11) chory Gór., 6 dni bez ciepłoty, zd. wiązania tlenu 17,8.

Erysipelas faciei.

12) chora W. M., w siódmym dniu choroby, zd. wiąz. tlenu 16,0.

Sepsis puerperalis.

W przebiegu ciężkich zakażeń połogowych spotykaliśmy zawsze bardzo wybitny spadek chłonności Hb.

13) Beka., po 4 tygodn. gorączki, zd. wiązania tlenu 9,2;
14) Mart., po 6 dniach gorączki, zd. wiązania tlenu 7,5;
15) Fisch., po 2 tygodniach gorączki, zd. wiązania tlenu 10,0;
16) Fed., po 1 tygodniu gorączki, zd. wiązania tlenu 9,0.

Sepsis przy raku szyjki macicy.

17) Kut., zdolność wiązania tlenu 17,5.

Pneumonia crouposa.

Cyfry zdolności wiązania tlenu przez Hb w rozmaitych dniach schorzenia przedstawiają się następująco:

18) Boj., 3-ci dzień choroby, zd. wiązania tlenu 8,0;
19) Doł., 4-ty dzień choroby, zd. wiązania tlenu 14,0;
Tenże, 7-my dzień choroby, zd. wiązania tlenu 10,0;
20) Kuź., 7-my dzień choroby, zd. wiązania tlenu 10,1.

W przypadku, więc tego schorzenia Hb oddziaływała na zakażenie podobnie jak w innych chorobach zakaźnych. Charakterystycznem jest, że w przypadku ropnego zapalenia opłucnej przy ciepłocie 39°, nie zauważyliśmy znaczniejszego spadku zdolności chłonnych Hb. Odnosi się to do chorego:

21) Jak., zdolność wchłaniania tlenu 15,5.

U tego chorego początkowo objawy kliniczne przemawiały za istnieniem zapalenia płatowego płuc. Dalsza dopiero obserwacja dała możność postawienia prawidłowego rozpoznania.

W innym przypadku, w którym rozpoznawano z początku zapalenie płatowe płuc o umiejscowieniu centralnem, wysoki poziom zdolności chłonnych Hb przemawiał przeciwko temu. W dalszej obserwacji klinicznej okazało się rzeczywiście, że ciepłota po trzech dniach opadła i chory zdrów opuścił lecznicę. Odnosi się to do chorego:

22) Kucz., 1-szy dzień gorączki, zd. wiązania tlenu 19,2.

Zachowanie się chłonności Hb w przebiegu zapalenia płatowego płuc obserwowaliśmy u chorego:

23) Ko., 5-ty dzień choroby, zd. wiązania tlenu 6,6,
7-my dzień choroby, zd. wiązania tlenu 10,0,
w tydzień po spadku gorączki, zdolność wiązania tlenu 12,0.

Zaburzenia przeto w chłonności Hb ustępowały powoli i równolegle ze stanem chorego.

Polyarthritis rheumatica.

W postaci przewlekłej widzieliśmy niewielki spadek:

24) Czor., zdolność wiązania tlenu 15,0.

W postaci ostrej uszkodzenie Hb było większe:

25) Er., zdolność wiązania tlenu 10,0.

Arthritis Tbc.

W jednym przypadku gruźlicy stawu kolanowego, trwającym od paru lat, przy ogólnym stanie chorego bardzo złym:

26) At., zdolność wiązania tlenu 8,0.

Z przypadków klinicznych powyżej przytoczonych nie chcemy wysnuwać na razie żadnych wniosków. Podnosimy fakt, że przeprowadzenie systematycznych badań klinicznych może dać podstawę do przyjęcia, że badania tej własności Hb może stać się czynnikiem pomocniczym przy łóżku chorego, doświadczenia zaś przeprowadzone na zwierzętach wykazują, że w rozwoju zakażeń drobnoustrojami zachodzą zmiany we krwi, które jako nieswoiste dla zakażenia, stanowią jeszcze jeden wskaźnik uszkodzenia organizmu przez drobnoustroje, a może tylko przez ich jady. Zmiany przez nas spostrzegane możnaby postawić na równi z innemi zaburzeniami, jak: leukocytoza, opadanie krwinek, zaburzenia w stosunku albumin do globulin w toku zakażenia i t. d. Zmiany te choć nieswoiste przedstawiać mogą nieraz dużą wartość dla oceny stanu reakcji organizmu, wprawdzie nieswoistej, lecz klinicznie ważnej. W ten sposób badanie chłonności Hb dla tlenu będzie mogło być wyzyskane dla celów klinicznych.

W badaniach naszych posługiwaliśmy się materjałem zakaźnym, uzyskanym z P. Z. H. we Lwowie, a przypadki kliniczne uzyskaliśmy dzięki uprzejmości JWP. kierowników Oddziałów: Wewnętrznego, Zakaźnego i Położniczo-ginekologicznego Szpitala Powszechnego, jakoteż Kliniki Położniczo-ginekologicznej i Kliniki chirurgicznej U. J. K. Kierownikom powyższych Zakładów na tem miejscu składamy podziękowanie za pomoc w pracy.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Wacław SEIDL. Lwów.

Najnowsze prądy w wodolecznictwie w leczeniu zaburzeń krążenia.

(Dokończenie).

Te właśnie przesłanki spowodowały mnie do przedstawienia nowej metody wodoleczniczej, jaką stanowią „c z ę ś c i o w e, s t o p n i o w a n e, g o r ą c e k ą p i e l e w o d n e“.

Metoda ta ma nad dotychczasowemi tę ogromną wyższość, że unika owego urazu nagłego, jakiemu podlega serce przy użyciu jakiegokolwiek ostrego bodźca. Zadaniem tej metody jest przez działanie powolne z jakiegokolwiek punktu obwodu wywołać w drodze łuku odruchowego wegetacyjnego, składającego się według B e c k a 7) z narządu odbiorczego (zakończenie nerwów czuciowych obwodowych), nerwu dośrodkowego, ośrodka odruchowego, nerwu odśrodkowego i narządu wykonawczego (w tym wypadku mięśni naczynioruchowych), — rozszerzenie naczyń krwionośnych obwodu całego ciała. Odruch ten podlega tym samym ogólnym prawom, jak wszelkie odruchy, t. zn. że czem dłużej siła podniety trwa i wzrasta, tem odruch staje się powszechniejszym. Siedziba głównego ośrodka dla mięśni naczynio-ruchowych znajduje się w rdzeniu przedłużonym, ale niezawodnie istnieją też ośrodki niższego rzędu, rozmieszczone w rdzeniu kręgowym.

Dowodem tego, że częściowemi, stopniowanemi kąpielami gorącemi wywołuje się odruch ten, będzie rozszerzenie naczyń krwionośnych obwodu, które się stwierdza na otrzymanych pletysmogramach w czasie kąpieli.

W praktyce stwierdza się to ogrzaniem się np. zziębniętych kończyn, częstokroć ich lekkiem zaczerwienieniem, zwilgotnieniem, względnie zapoceniem się skóry na całej powierzchni.

Na pletysmogramie (Ryc. 14) pobranym w czasie półkąpieli we wannie na prawem ramieniu chorego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i zwężeniem otworu tętniczego (na górze krzywa oddechu, poniżej krzywa pletysmogramu obwodowego) widać, że chory rozpoczął kąpiel o godzinie 8.45 w ciepłocie 37° C, przy tętnie 72, oddechu 16. Woda w przeciągu 6-ciu minut doprowadzoną została do 41° C. Tętno 78, oddech 17. Następuje uczucie błogości w piersiach. Po 9-ciu minutach wyraźne odczucie ogólnego ciepła przy temp. wody 43° C. Po 10 minutach czoło wilgotne, po 11 minutach początek wyraźnego potu. Tętno 84. Po 13 minutach przy niezmienionej ciepłocie wody, oddech 20. Po 15 minutach silny ogólny pot. Po 17 minutach tętno 100, oddech 20. Po 20 minutach pot kroplisty.

Na pletysmogr. (Ryc. 15) pobranym na lewem ramieniu u chorego na rwę kulszową ze zaburzeniami ze strony serca, w czasie nasiadówki (na górze krzywa pltgr. obwodu ramienia, na dole krzywa trzewiowa), z początku, wskutek szybszego dopływu wrzątku, krzywa pletysmogramu opada (czyli naczynia obwodowe zwężają się), poczem przy powolnym dopływie gorącej wody, z wyjątkiem jednej chwili, t. zw. chwili krytycznej, tuż przed wystąpieniem potu, lekko się podnosi. Na krzywej trzewiowej widzimy kilka głębokich, mimowolnych, spontanicznych oddechów (wówczas zwykle chory mówi, że mu się robi na piersiach lekko).

Na pletysmogramie (Ryc. 16), otrzymanym na ramieniu w czasie kąpieli nożnej, przy trwaniu 25 m. do temp. 46° C, widzimy stałe podnoszenie się krzywej obwodu, a lekkie obniżenie się krzywej trzewiowej. (Dlaczego opadnięcie krzywej trzewiowej jest stosunkowo nieznaczne, będę się starał wyjaśnić poniżej).

Pletysmogramy te potwierdzają, że w częściowych stopniowanych kąpielach gorących naczynia na obwodzie się rozszerzają, wywołując powiększenie objętości narządu, znacznie odległego od powierzchni poddanej nagrzewaniu w kąpieli (nasiadówka, kąpiel nożna), na dowód, że rozszerzenie naczyń obejmuje nietylko kąpany narząd, lecz całą powierzchnię ciała.

Pletysmogram trzewiowy potwierdza nam również, że w jamie brzusznej objętość się zmniejsza. Pletysmogram ten jednak nie jest czystym pletysmogramem jamy brzusznej. Założony przez odbytnicę, daje tylko różnicę między znacznie zmniejszoną objętością krwi w jamie brzusznej, a powiększoną objętością jej w trzewiach, wskutek rozszerzenia się w nich naczyń, albowiem, jak z początku było zaznaczone, narządy umieszczone w jamach ciała, a więc i trzewia, zachowują się jak powierzchnia. Dlatego opadnięcie tej krzywej, świadczącej o zwężeniu naczyń w jamie brzusznej, jest stosunkowo nieznaczne, lecz dostateczne dla stwierdzenia zmniejszonego przekrwienia jamy. Te same prawa odnoszą się do jamy piersiowej i czaszkowej.

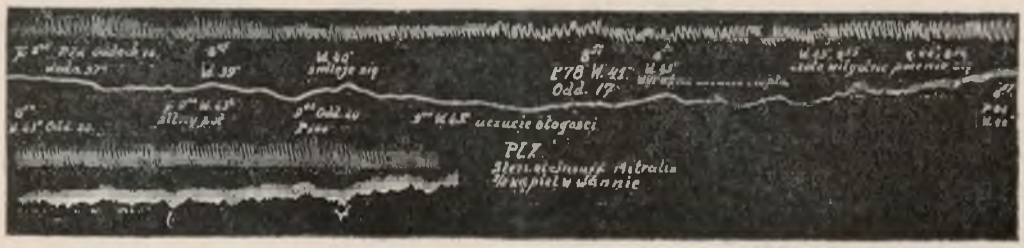
Należy jeszcze stwierdzić działanie takiej kąpieli na serce i tętno. Na krzywej tętna (Ryc. 17), zdjętej na tętnicy promieniowej u chorego na ostre zapalenie płuc i przewlekłe zapalenie nerek,

znajdujemy po kąpieli na jedną rękę względnie przedramię, pobranej w łóżku, w pozycji leżącej, tętno liczebnie niezmienione (96), natomiast fala dykrotyczna na ramieniu spadającem krzywej znajduje się znacznie wyżej.

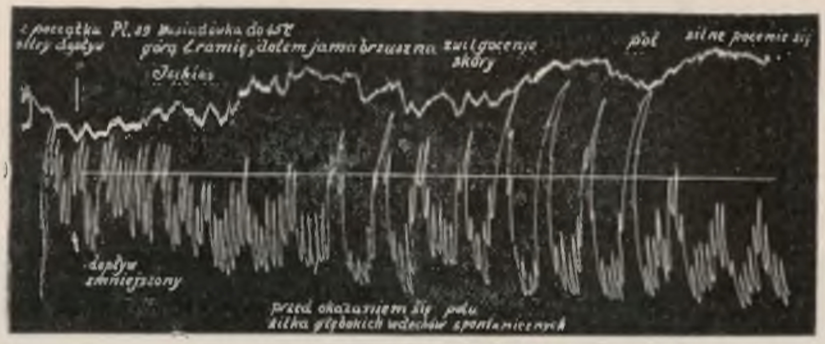
Krzywa tętna (Ryc. 18), zdjęta u chorego na dur brzuszny przed i po kąpieli, (również na jedno przedramię w łóżku) wykazuje nietylko poprawę elastyczności naczyń przez posunięcie się wyżej fali dykrotycznej, lecz wykazuje prawie zupełne (z wyjątkiem jednego zachwiania się tętna) ustąpienie niemiarowości.

Wypadki podobne szczególniej nadawałyby się, jako wdzięczny materjał do eksperymentu z częściowemi stopniowanemi kąpielami gorącemi, które są napewne zabiegiem niewinnym, leczą nie objawy, nie biczują zmordowanego serca, lecz leczą przyczynę, t. j. przeszkody w krążeniu — i wywołują skutki trwałe.

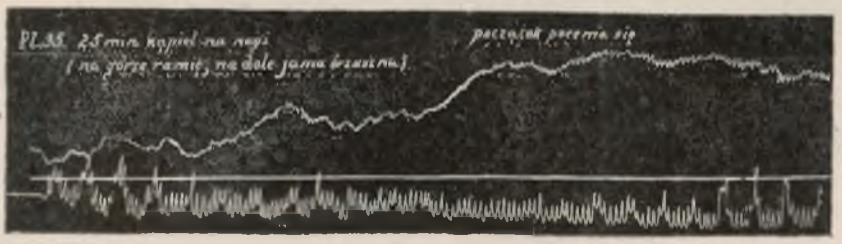
Na wykresach Ryc. 8 a i 8 b widać na górze krzywą, zdjętą z tętniącej żyły jarzmowej, przy niewyrównanej niedostateczności *mitralis*. Na dole krzywa tętna na t. promieniowej z dwoma przerwami. Pod „b" krzywa po I-szej kąpieli. Na następnym wykresie



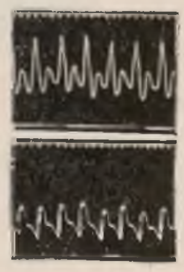
Ryc. 14.



Ryc. 15.

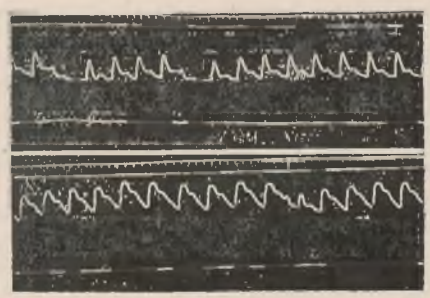


Ryc. 16.



Ryc. 17.

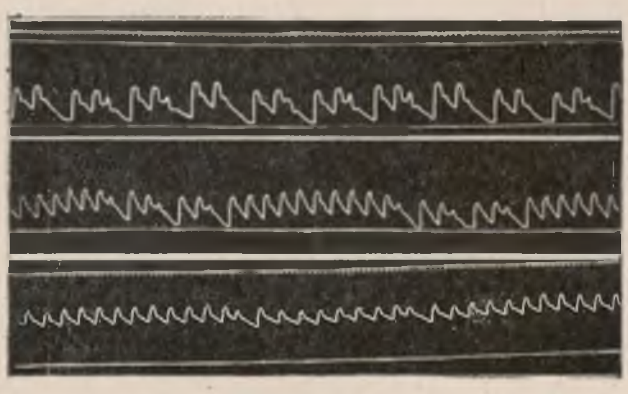
Na krzywej tętna (Ryc. 19) u kobiety 56-cio letniej ze zmianami w mięśniu sercowym i niemiarowością *(Arhythmia irregularis perpetualis absoluta)*, widzi się pierwszą krzywę „a" po trzech miesiącach podawania różnych leków nasercowych. Już krzywa „b" po pierwszej kąpieli wykazuje znaczne polepszenie niemiarowości, a krzywa „c" zdjęta po 20-tej kąpieli jest bardzo bliską prawidłowej.



Ryc. 18.

Romberg z I. kliniki monachijskiej podaje w ostatnim zeszycie *„Therapie d. Gegenwart"* podobny przypadek, w którym jako metodę leczniczą stosowano naparstnicę w wysokich dawkach (0.6 *pulv. fol. Digit.*. lub dożylnie dwa razy po 2 cm³ *Digipuratum)*. Leczenie to podaje R. oczywiście z zastrzeżeniami i ostrzeżeniami przed niebezpieczeństwem, z szeregiem przeciwwskazań i t. d. To samo czyni w odniesieniu do leczenia dożylnemi injekcjami strofantyny i do podawania chinidyny.

widać krzywą przed i po III-ciej kąpieli, gdzie krzywa żyły jarzmowej dochodzi prawie do normy. Wynika z tego, że następuje odkrwienie układu żylnego w jamie piersiowej, a więc i we wszystkich dopływach żył próżnych. Od czasu pierwszej kąpieli zniknęła również niemiarowość tętna.



Ryc. 19.

Krzywa ta i poprzednie dowodzą, że poprawa się utrzymuje i stan stale polepsza. Na dowód, że zastoiny ustępują jeszcze daleko wstecz poza serce prawe, może służyć (Ryc. 6, 7) fotografja podudzia z żylakami u chorego leczonego z powodu miażdżycy tętna, gdzie ubocznie osiągnięto po 10 tygodniach wynik niespodziany prawie zupełnego zaniknięcia żylaków.

Mierzenia objętości serca, dokonane w Roentgenie, obliczane są metodą Nikolaja i Zuntza. (Serce całe wraz z zawartością krwi, obliczone jako kula). Są to cyfry przybliżone, podające tylko procentową różnicę.

W przypadku zwężenia ujścia żylnego lewego *(stenosis mitralis)* (Ryc. 9 a i b) wykazują rentgenogramy w 30 min. po kąpieli na przedramię, zmniejszenie wymiaru poprzecznego z 13,7 cm na 11.8 cm, czyli o 0.9 cm, a objętości z 1346 cm^3 na 860 cm^3, czyli o 486 cm^3 = 36%.

Na zdjęciach Rtg. (Ryc. 4a i b) również w przypadku zwężenia tego ujścia, w 30 min. po kąpieli nożnej, trwającej 25 min., zmniejszenie wymiaru poprzecznego o 0.9 cm, a objętość zmniejszoną z 1767 cm^3 na 1465, czyli o 302 cm^3 mniej = 17%. Rentgenogramy (Ryc. 5 a i 5 b) pokazują serce osobnika z rozedmą płuc przed i w 40 min. po zabiegu (kąpieli nożnej). Wymiar poprzeczny zmniejszony o 2.1 cm. Objętość spadła o 625 cm^3 = 36.7%. Tu należy wskazać jeszcze na wyjaśnienie (kreskowanej) zastoiny we wnękach. Dla poparcia twierdzenia, że bodźce ostre zimne, czy gorące, powodując zwężenie naczyń w obwodzie, zahamowują obieg i utrudniają sercu pracę, powodując przepełnienie go krwią, a przez to wywołać mogą jego powiększenie, przedstawiam 2 rentgenogramy. W pierwszym (Ryc. 10) widzimy skutki nagłego dolania **wody zimnej** w czasie kąpieli. Rysunek serca i aorty się powiększył (rysowano tylko stronę lewą). W drugim (Ryc. 11) zrobionym w czasie kąpieli chorego na zapalenie mięśnia sercowego *(Myocarditis)* po nagłym dopływie **wody gorącej** widoczne rozszerzenie tak serca jak i aorty.

Na koniec pozwolę sobie jeszcze przedstawić pletysmogram w kąpieli z bezwodnikiem kwasu węglowego (Ryc. 20). 38-mio letni chory na Basedowa. Woda 36° C, po 5 min. pobytu we wodzie, przy lekkiem opadaniu krzywej, po dodaniu soli i kwasu (kąpiel sztuczna) następuje przy „c" początek powstawania baniek, przy „d" mocne musowanie — i wtedy krzywa się podnosi, po to jednak, aby w dalszym ciągu stale opadać.

Jest to kąpiel **stopniowo ochładzająca się**, powodująca zwężenie naczyń obwodu.

Daje to dostateczny powód do poważnego zastanowienia się i winno dać ponowną podnietę do starań o postawienie leczenia uzdrowiskowego na poziomie klinicznym, bez „surowej empirji", jak się wyraża **Kowalski**.

Orłowski mówi na I-szym Zjeździe Lekarzy w Krynicy (6) „.... leczenie kąpielami kwaso-węglowemi będziemy uważali za przeciwwskazane we wszystkich tych przypadkach, w których na pierwszy plan należy wysunąć pierwiastek oszczędzania serca....".

Sabatowski również zwraca uwagę na niezgodność w tłumaczeniu działania kąpieli z CO_2, jak „spadek nadmiaru ciśnienia i — poprawa zbyt niskiego" i powiada, ostrzegając przed zbyt pochopnem przepisywaniem kąpieli z bezwodnikiem węglowym, że: „nakładanie choćby chwilowych dalszych oporów na mięsień sercowy bliski wyczerpania, nie może dawać wyników pomyślnych".

Wykonanie częściowych stopniowanych kąpieli gorących:

Kończynę zanurza się we wodzie o ciepłocie obojętnej, tj. o 37° C do połowy ramienia. Do kąpieli dolewa się bardzo wąską strużką wrzątku tak, aby przy stałem mieszaniu wody ciepłota jej powoli podnosiła się i osiągnęła w przeciągu 15 minut ciepłotę 43° C — 45° C, zależnie od indywidualności chorego.

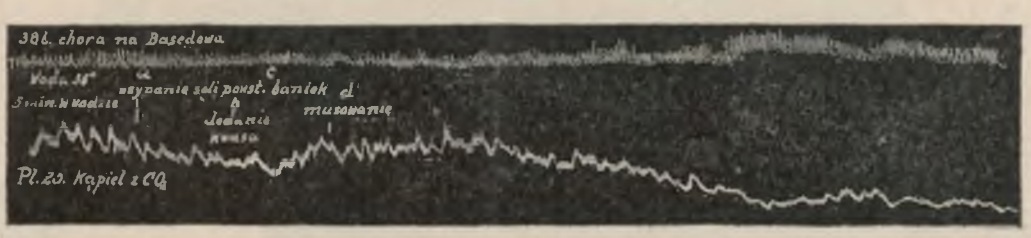
W czasie tej kąpieli, powolnie podgrzewanej, rozszerzają się też najpierw naczynia włosowate skóry, a za niemi zwolna naczynia głębiej położone. Rozszerzenie tak kapilarów, jak i naczyń głębiej położonych rozprzestrzenia się zwolna na całe ciało. Podczas kiedy np. zanurzone przedramię jest czerwone, skóra całego ciała zaczyna się różowić.

Pierwszem wrażeniem, jakie chory odnosi, jest dziwna euforja, „błogość na piersiach", jak się pacjent wyraża. Następuje wolny, spokojny głęboki oddech (± po 5—8 min.), poczem zaczyna się objawiać lekki pot twarzy, czoła, piersi, pleców, wreszcie całego tułowia i dolnych kończyn, szczególnie w zgięciach, jako dowód, że odruch powodujący rozszerzenie światła naczyń objął już całą powierzchnię ciała ze wszystkiemi tego następstwami. Praca serca ulega przy tem zwykle lekkiemu przyśpieszeniu, o 10—12 uderzeń w minucie. Moment krytyczny dla serca przedstawia chwila tuż przed wystąpieniem pierwszych przejawów pocenia się. Dlatego obecność i obserwacja lekarska podczas kilku pierwszych zabiegów jest niezbędną. Gdyby w czasie zabiegu przed tą chwilą wystąpienia potu zamiast euforji nastąpił choćby lekki brak tchu, lub zamiast zaczerwienienia twarzy, zblednięcie — lub bardzo znaczne przyśpieszenie tętna o słabem napięciu, należy zabieg natychmiast przerwać i położyć chorego na wznak.

Z podobnym przypadkiem dotąd się nie spotkałem.

Natomiast innym niemiłym objawem może być niemożność wywołania u chorego zapocenia się, co jest dowodem złej innerwacji ze strony nerwów naczynioruchowych, względnie niedomogi mięśni naczynioruchowych, ewentualnie dowodem znacznych zmian w ścianach naczyń. W tym wypadku, pomimo że chory jest tylko lekko okryty i nie znajduje się w środowisku o wysokiej ciepłocie, mogłoby przy dłuższem stosowaniu nastąpić przegrzanie ustroju i stąd niebezpieczeństwo dla serca. Wypadki takie wymagają bardzo ścisłej obserwacji i indywidualnego, ostrożnego i powolnego traktowania i przeważnie dają się owładnąć. Z takiemi spotkałem się kilkakrotnie.

Naogół jednak tak nie bywa. Wrażenia lekarza w czasie zabiegu są dodatnie skoro widzi, jak znika cyjanoza, pogłębia się oddech, ustępuje tętnienie na szyi i w dołku podsercowym, jak chory podmiotowo czuje się dobrze, uspakaja się i zapada potem w spokojny sen.



Ryc. 20.

Pomimo tego uważam zaordynowanie zabiegu choremu, choćby najszczegółowiej opisanego, bez obecności lekarza w czasie kilku pierwszych aplikacyj, za niewłaściwe, szczególniej, o ile stan serca lub stan ogólny, ciężkość schorzenia (dur brzuszny, zapalenie płuc, niewyrównana wada sercowa, ogólne osłabienie, silna niedokrewność) budzą jakiekolwiek wątpliwości.

Zadaniem lekarza również jest troska, by chory otrzymał zabieg bez żadnego wysiłku ze swej strony. Wygodne oparcie (zabieg cały trwa 20—25 min.!), dobre, wygodne ułożenie ciężej chorego w łóżku, opartego o poduszki (któremu aplikuje się kąpiel tylko na jedną rękę!) badanie tętna, obserwacja chorego są niezbędne.

O ile odczyn nastąpi przed upływem 15 minut, można zabieg, stosownie do potrzeby i uznania, wcześniej ukończyć. O ile do 15 minut reakcji niema, należy pożądaną temperaturę (43, 44, 45° C) podtrzymywać (obserwując chorego!) przez dalszych 5—15 minut aż odruch nastąpi.

Zabiegi te udzielane być mogą: na potylicę, na jedno lub oba przedramiona do wysokości połowy ramienia — na obie nogi do wysokości 2/3 podudzia, wreszcie jako nasiadówka — lub jako kąpiel we wannie z taką ilością wody, aby tylko okrywała obie dolne kończyny. Reszta ciała winna być lekko, lecz dostatecznie okryta. Przy kąpieli we wannie należy do okrycia użyć najwyżej ręcznika. Najintensywniejszą jest oczywiście kąpiel we wannie, dlatego ją stosować należy dopiero po doświadczeniach nabytych w kąpieli na jedno przedramię, która jest najdelikatniejszym zabiegiem i stanowi niejako kamień probierczy zdolności reakcyjnej chorego.

Pozwolę sobie z doświadczeń swoich przedstawić kilka instruktywnych przypadków:

15. I. 1930 p. S. W., 62-letni pracownik umysłowy, skarży się na brak tchu, niemożność głębszego zaczerpnięcia powietrza, na silne bicie i wstrząsy serca — mocne zawroty głowy, szybkie zmęczenie umysłowe, kaszel.

Od kilku miesięcy był w leczeniu, zażywał środki nasercowe, przebył świeżo leczenie 6-cio tygodniowe w Krynicy, gdzie pobrał 20 kąpieli z CO_2, w czasie których doznał pogorszenia, tak iż

musiał je przerwać — i tyleż zabiegów wodoleczniczych. Wewnętrznie zażywał koraminę i *Calc. Diuret.* Po powrocie w stanie nie wiele polepszonym zażywał verodigen, *Jod. Calc. Diuret.* Zawroty pozostają w dawnej sile, brak tchu częsty, chodzenie po schodach utrudnione, bicie serca częste.

S t a n: Dobrze zbudowany, średnio odżywiony, skóra twarzy blada, wargi i koniec nosa wybitnie zsiniałe. W szczytach płuc dawne wygojone procesy. Dolne granice znacznie obniżone i mniej ruchome. W obu dolnych płatach stan silnie nieżytowy. Serce wypukiem niepowiększone. Ozwy głuche. Tętnica promieniowa nieco twarda, pomimo tego tętno słabo macalne, 112 uderzeń na minutę, nieregularne, przerywane co 5., 6., 7. uderzenie, poczem kilka uderzeń szybszych. Ciśnienie 110 na 80. Odruchy cokolwiek wzmożone.

L e c z e n i e: Od stycznia 1930 zaczął pobierać częściowe, stopniowane kąpiele gorące najpierw na jedną rękę, później na obie ręce, przez szereg dni 2 razy dziennie, później raz dziennie. Po kilku pierwszych zabiegach ustąpił przykry brak tchu, później ustąpiła arytmja, tętno zwolniało, stawało się miarowe i dobrze napięte, 96—84 — aż 78 na minutę. Zawroty ustąpiły zupełnie, wydajność pracy umysłowej normalna.

Chory używa od czasu do czasu (nawet z przerwami kilku miesięcznemi), krótkiej serji (3—4) kąpieli co dwa lub trzy dni w razie jakichkolwiek objawów ze strony serca. Pomimo przebytej grypy tej zimy z silnem zaatakowaniem narządów oddechowych, czuje się zupełnie dobrze, serce pracuje prawidłowo. Prócz kąpieli na ręce i ½ kąpieli we wannie nie używa żadnych środków leczniczych.

Polepszenie to trwa już przeszło rok.

24. VI. 1930 pi. M. F., żona radcy kolej. l. 40, zachorowała w X. 1924 na astmę. Ataki trwały 7 miesięcy. Zażywała tylko Jod. Po operacji muszli nosowej ataki ustąpiły.

Ponownie zachorowała na astmę w IV. 1930. Ataki gwałtowne, po 16 godzin trwania, dwa razy tygodniowo. Ponowna operacja muszli bezskuteczna. Otrzymała 8 zastrzyków astmolizyny, *Astmin-Motor i proszek abisyński.* Po miesiącu leczenia wyjazd do Marjenbadu. Tam ataki w dzień i w nocy co 2 godziny. Zastrzykiwano astmolizynę 10—12 dziennie! Później 24 zastrzyków polyglandyny, 5 zastrzyków koraminy, równocześnie 17 masażów wibracyjnych serca i kąpiele z CO_2. Po jednych i drugich czuła się gorzej. Wyjechała w stanie pogorszonym, nie mogąc przejść kilkudziesięciu kroków z powodu braku tchu. Do 24. VI. pobrała przeszło 100 zastrzyków astmolizyny.

S t a n: Kobieta wzrostu średniego, dobrze odżywiona. Skóra twarzy blada, oczy silnie podkrążone, śluzówki blade, wargi b. blade, sinawe. Na płucach nieliczne świsty i furczenia. Dolna granica płuc cokolwiek obniżona, dobrze ruchoma. Serce w wypuku nieco powiększone, stłumienie sięga na szerokość ½ palca pod mostek, uderzenie koniuszkowe w V. międzyżebrzu w linji sutkowej. Tony serca głuche, źle słyszalne. Nad *mitralis* i koniuszkiem lekki szmer skurczowy. Tętno bardzo źle macalne, nitkowate, 114—120 na minutę. Jama brzuszna prawidłowa. Narządy wewnętrzne prawidłowe, niebolesne, zastoinowo niepowiększone. Obrzęków niema. Odruchy wzmożone. Mocz — 0.

L e c z e n i e: Spokój, leżakowanie, 3 razy dziennie 0.10 kardjazolu. Usunięto astmolizynę. Zezwolono w razie napadu *Astmin,* prosz. abisyński. Pierwszej nocy 4-ro godzinny atak. Podawano dalej kardjazol. Każdej nocy papierosy *Astmin,* często abis. pr. Tętno wydajniejsze. Chora mogła się łatwiej poruszać. W 8-mej dobie napad trwający całą noc, w nieco słabszem nasileniu.

Od 9-go dnia dwa razy dziennie częściowa, stopniowana, gorąca kąpiel na oba przedramiona. Wszelkie inne środki usunięto. Po drugiej kąpieli podanej tego dnia wieczorem, spokojny i nieprzerwany sen do rana — i tak w dalszym ciągu. Podawano przez 5 tygodni kąpiele dwa razy dziennie, następnie do 6. IX. jedną kąpiel na noc, często z przerwami 2—3-dniowemi. Chora zaczęła używać coraz więcej ruchu, robiła spacery po 6 i 8 km. Od 2. VII., od czasu pierwszej kąpieli, napady się ani razu nie powtórzyły.

Badanie 6. IX. 1930: rozmiary serca prawidłowe. Nad *mitralis* i koniuszkiem nieznaczny szmer. Tętno dobrze napięte, 84 w min. Płuca czyste, bez zmian. Samopoczucie doskonałe.

6. II. 1931. Bierze kąpiele z dużemi przerwami. Nie ma żadnych dolegliwości. Używa bardzo dużo ruchu. Chodzi bez trudności po schodach. Czuje się zupełnie zdrową. Od czasu kiedy zaczęła brać kąpiele i miała ostatni napad, upłynęło 7½ miesiąca.

11. XII. 1930, pi. T. Karolina, 37 l., nauczycielka. Przebywa w Lecznicy T-wa Walki z Gruźlicą w Hołosku z powodu *Bronchitis et Bronchiolitis diffusa. Adynamia cordis.* Stan pomimo środków nasercowych i wykrztuśnych, autohemoterapji nie poprawia się. Chora prawie zupełnie nie odpluwa, tętno 120—132 słabo macalne. Zastosowano pierwszą częśc. stopn. gorącą kąpiel na jedną rękę przy spoczywaniu bardzo osłabionej w łóżku. Po 8-miu min. zaczęła chora lekko i wydatnie wykrztuszać, chwilowo pełnemi ustami, plwocinę dosyć gęstą, zielonawą. Wypełniła tą plwociną 2 pełne spluwaczki ręczne (spore). To samo powtarzało się przy kąpielach w dniach 13., 14., i 16. XII. Przysłuchowo znaczniejszej zmiany na płucach stwierdzić się nie dało. Tętno 120 pełniejsze. Chora czuła podmiotowo znaczną ulgę, szczególnie w czasie i po kąpieli. Z powodu niekorzystnego zbiegu okoliczności, dalszego leczenia kąpielami zaniechano. Chora zmarła w 6 tyg. później. Autopsja: *Bronchectasiae. Bronchitis purulenta. Emphysema essenciale.* Przerost serca. Zwyrodnienie mięśnia sercowego i t. d.

Przypadek ten przytaczam dlatego, aby zwrócić uwagę na dodatni wpływ kąpieli na krążenie w płucach.

30. I. 1931. Pi. Olga K. wdowa, zarządczyni, lat 46. Od 9 lat choruje na astmę. 26. I. obudziła się z silnym bólem głowy. Przy wstawaniu uczuła silny ból w szyi, schodzący ku dołowi, który opasał klatkę piersiową nie pozwalając chorej oddychać. Lekarz ordynujący (pi. Dr. C.) znalazła ją blado-siną, z trudnością oddychającą, skarżącą się na nudności. Tętno słabo napięte, 60 na min. Podano atropinę i morfinę. Stan się polepszył.

B a d a n i e: rozedma płuc, świsty i furczenia na całych płucach, drobne rzężenia w dolnych częściach (objaw stały). Stłumienie serca na małej przestrzeni, tony b. głuche, akcja miarowa. Zwolnienie tętna. Żadnych innych objawów. T. 37,1° C. Chora po 3-ch dniach wstała, lecz uczuła nagle niepokój w okolicy serca i silne osłabienie. Konsyljum stwierdziło stan, jak powyżej, bez nudności. Tętno źle napięte. Podano I. kąpiel częśc. stopn. gorącą na przedramię w pozycji leżącej. W czasie zabiegu chora stwierdza ulgę w piersiach, łatwość oddechania, czuje się spokojniejszą. Wieczorem II-ga kąpiel. Chora spała w nocy lepiej. Ból głowy trwa. 31. I. po kąpieli rannej ból głowy znacznie mniejszy. Tętno 72, lepiej napięte. Wieczorem druga kąpiel. — 1. II. ból głowy ustąpił zupełnie, chora czuje się dobrze. Tętno jak poprzednio. 3. II. Tętno dobre 78. Na płucach mniej nieżytowych objawów. Pacjentka czuje się zupełnie dobrze. Do 3. II. podawano kąpiele dwa razy dziennie. Od 4. II. jeden raz dz. — 12. II. Poprawa jest stała, stan na płucach jak zawsze. Żadnych innych środków nie podawano.

Z pośród kilkunastu chorych, leczonych temi zabiegami w sezonie letnim 1930 w Sanatorjum Kolejowem w Tatarowie, gdzie u wszystkich bez wyjątku uzyskano znaczną poprawę czynności serca, wymienię p. B. W. lat 45, urz. kolejowego, który tam przybył 15. VIII z dychawicą oskrzelową i niedomogą mięśnia sercowego. Zastosowano dwa razy dziennie kąpiele częśc. stopn. gorące na oba przedramiona. Kol. Dr. B., który obserwował chorego do 30. IX. donosi, że chory wyjechał zupełnie wyleczony bez żadnych objawów ani ze strony płuc ani ze strony serca. Wyników oczywiście spodziewać się można tylko tam, gdzie objawy na sercu spowodowane są przeszkodami ze strony naczynioruchowego układu, a nie już znaczniejszemi zmianami anatomicznemi tego układu, jak wysoko rozwinięte zwapnienie naczyń, marskość nerek lub t. p.).

Krótka treść wykładu jest następująca:

Mówiłem o częściowych, stopniowanych kąpielach gorących, przeciwstawiając ich działanie działaniu zabiegów zimnych i nagłych gorących. Działanie wszystkich oparte jest na prawie Dastre-Morata o „przeciwieństwie trzewiowo-obwodowem" t. zn.: że każdemu zwężeniu naczyń obwodu odpowiada rozszerzenie naczyń jam ciała i przekrwienie, przepełnienie krwią centrum krążenia, t. j. płuc i serca — i naodwrót, każdemu rozszerzeniu naczyń obwodu odpowiada odkrwienie jam, płuc i serca.

Dowodziłem, że każdy zabieg zimny, bez względu na jego trwanie i nasilenie, wywołuje zwężenie naczyń w obwodzie (wbrew teorji Winternitza o kapilarach) — następnie, że każdy ostry nagły gorący zabieg wywołuje w pierwszej chwili również zwężenie naczyń w obwodzie i że powstający stąd atak na serce jest tem większy, im większą jest powierzchnia, na którą bodziec gorący działa, — że, o ile poddamy większą powierzchnię ciała jego działaniu w jakiejkolwiek całkowitej kąpieli gorącej, to, o ile serce ten pierwszy atak bez groźniejszych następstw przetrzyma, nastąpi po krótszej lub dłuższej chwili rozszerzenie naczyń obwodu a stąd ulga dla serca, — ale gotuje się nowe niebezpieczeństwo dla serca, przegrzanie ustroju, które dochodzi od 1° C do 2° C, bo gorące środowisko, w jakiem się ciało znajduje, nie pozwala powierzchni na wydalenie nadmiernego ciepła nazewnątrz.

Przeciwstawiłem temu działaniu zabiegów z i m n y c h i n a g ł y c h g o r ą c y c h — działanie kąpieli g o r ą c y c h l e c z t y l k o c z ę ś c i o w y c h i to s t o p n i o w a n y c h, t. j. stosowanych jedynie na niewielką część powierzchni, jak np. jedno lub oba przedramiona — na jedno lub oba podudzia — wreszcie jako

nasiadówkę a nawet 1/2 kąpiel we wannie, rozpoczynających się od ciepłoty obojętnej, tj. 37° C, a ogrzewanej zwolna do ciepłoty 43—45° C.

Jak wykazałem na pletysmo-kardjo-rentgenogramach, następuje po nich zawsze rozszerzenie naczyń krwionośnych w całym obwodzie, a tem samem odkrwienie jam ciała i centrum krążenia, jakie stanowi serce i płuca. Następuje lepsza akcja sercowa, zmniejszenie rozmiarów powiększonego serca.

Założeniom tym odpowiadają w zupełności doświadczenia w praktyce, przez co otwiera się dla tych zabiegów ogromne pole stosowania ich we wszelkich zaburzeniach krążenia.

Wreszcie: Kąpiele z bezwodnikiem kwasu węglowego zaszeregowałem pod względem ich działania na krążenie, do rodzaju zabiegów zimnych, wywołujących (prócz chwili silnego musowania) zwężenie naczyń powierzchni.

Uważałem za właściwe temi wiadomościami i doświadczeniami podzielić się z Szan. Panami Kolegami. Uważam, że zagadnienie godne jest uwagi i studjów, tembardziej, że naogół jest rzeczą mało znaną, że zabiegami wodnemi można na różne części ciała oddziaływać w sposób decydujący, a jeszcze mniej znaną rzeczą jest, że przebieg tych działań podlega prawom, które można z góry przewidzieć, pewnym będąc pożądanego wyniku[1]).

Piśmiennictwo:

1) Dr. Jan Żniniewicz: „Wodolecznictwo a Nerwy". Poznań 1930. — 2) Prof. Dr. W. Winternitz: „Die Hydrotherapie auf Physiologischer u. Klinischer Grundlage". — 3) Doc. Dr. E. Kowalski: „Zasady Wodolecznictwa". — 4) Dr. Georg Hauffe: „Physiologische Grundlagen d. Hydrotherapie". — 5) Doc. Dr. A. Sabatowski: „Fizjoterapja przewlekłych schorzeń narządu krążenia". — 6) Pamiętnik I. Zjazdu Lekarskiego w Krynicy. — 7) Fizjologja człowieka. Wyd. zbior. pod red. Becka i Cybulskiego. — 8) Therapie d. Gegenwart, styczeń 1931. — 9) Laqueur: „Die Praxis d. Physikal. Therapie". — 10) „Virchows Archiv", listop. 1930. — 11) Doc. Dr. A. Sabatowski: „Klimato- i Hydroterapja". — 12) Doc. Dr. St. Smoleński: „Hydroterapja". — 13) Prof. Dr. Buchsbaum: „Lehrbuch der Hydrotherapie".

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. D. HEFTEL. Szczawnica.

Szczawnica i jej wskazania lecznicze.

Turystyka i zdrojownictwo, to dwa potężne atuty gospodarcze państw europejskich i wysiłki zagranicy zmierzające do ich rozbudowy i wzmożenia są na miarę naszych stosunków wprost olbrzymie. Jeśli biedna, pozbawiona bogactw naturalnych, kadłubowa Austrja mogła wznieść kosztem kilkunastu miljonów szylingów plaże w Badenie i Vöslau, to w porównaniu z tem znikome i małe są nasze inwestycje w tej gałęzi gospodarczej.

A turystyka i zdrojownictwo nie są bynajmniej czynnikami obojętnemi dla kształtowania się bilansu płatniczego Państwa. Z informacyj czysto dziennikarskich przyniosły turystyka i zdrojownictwo Francji za rok 1930 — 260 miljonów dolarów, Szwajcarji 60 miljonów, Czechosłowacji 20 i Austrji 10. Cyfry tyczące się Niemiec nie są mnie narazie znane. Bezwątpienia i zdrojownictwo niemieckie pracuje z dochodem, mimo że Niemcy obok Polaków należą do wszędzie zagranicą spotykanych globtroterów. Dla Polski pozycja zdrojowo-turystyczna przedstawia się ujemnie. Manko wynosi 70 miljonów złotych. Jeśli bliżej sprobujemy zanalizować przyczyny naszego biernego salda, to nie są temu winni nasi obywatele zamożniejsi, omijający nasze zdroje, ani też obniżenie opłat paszportowych, — przyczyna natomiast leży w tem, że rozwój naszego zdrojownictwa nie dotrzymuje kroku zagranicy. Wprawdzie chwalimy się tu i ówdzie wspaniałym rozwojem Krynicy i Zakopanego, ale dwie jaskółki długo jeszcze nie robią wiosny.

W pierwszym rzędzie chroma nasza propaganda turystyczna tak zagranicą jak w kraju. Wystarczy rzucić okiem na wystawy naszych biur turystycznych, a zobaczymy wspaniale pomyślane reklamy Riviery, Dalmacji, Włoch, Szwajcarji, zdrojów czeskich i niemieckich i tylko tu i ówdzie wyziera wstydliwie i skromnie mniej lub więcej udatny obrazek Krynicy czy też Lubienia. Naszym zdrojom prywatnym dano pewnego rodzaju autonomję z komisjami zdrojowemi i tanią radę: rozbudowujcie się jak tylko możecie, ale dla ułatwienia i zachęcania do inwestycyj tak kapitału krajowego jak zagranicznego nie zrobiono u nas kompletnie nic, mimo, że nasze zdrojownictwo, mające wszelkie warunki rozwoju mogłoby wielu zapewnić pracę i byt, pomnożyć bogactwo narodowe, a Państwu przysporzyć dochody. Dotychczas niema w naszych zdrojach zakładów dietetycznych w ścisłem tego słowa znaczeniu — postulat podniesiony i przedyskutowany na ostatnim zjeździe lekarzy w Krynicy. Hotelarstwo, najważniejsza gałęź turystyki, wymagające dużo rutyny, znajduje się w naszych zdrojach przeważnie w rękach ludzi niefachowych, dla których kuracjusz jest zwykle przedmiotem wyzysku.

Jeśli nasze zdroje w porównaniu ze stanem przedwojennym znalazły się do roku 1930 na płaszczyźnie wstępującej rozwoju to lwia w tem zasługa ogółu lekarzy, popierających i podtrzymujących wartość naszego zdrojownictwa.

Lekarze zwykli chorych kierować do miejscowości wyróżniających się swoistemi cechami klimatycznemi, które działają leczniczo na pewne schorzenia zwłaszcza w zakresie dróg oddechowych, jako to do Zakopanego, Otwocka i miejscowości położonych na Podkarpaciu i wybrzeżu morskiem i do zdrojów, których wody kruszcowe stosuje się w postaci kąpieli, picia lub też wziewań. Zdroje, by mogły spełnić swe zadanie, niekoniecznie wyróżniać się muszą swoistemi cechami klimatu, niektóre posiadają je jednak jak Krynica, Rabka, Żegiestów a w pierwszym rzędzie Szczawnica. Już nieśmiertelny propagator naszych zdrojów prof. Dietl wskazał na Szczawnicę, jako na zdrojowisko o wyjątkowo łagodnym klimacie podalpejskim i w swych spostrzeżeniach się nie mylił.

Cóż więc rozumiemy pod klimatem danej miejscowości?

W znaczeniu czysto geograficznem rozumiemy jego położenie geograficzne, wzniesienie ponad poziom morza i sumę zjawisk atmosferycznych, powtarzających się regularnie w pewnym czasokresie. Klimat w znaczeniu lekarskiem jest poniekąd pojęciem rozszerzonem geograficznego i obejmuje inne jeszcze zjawiska i właściwości przyrody. A więc roczną, czy sezonową ilość dni słonecznych, bogactwo światła słonecznego w promienie pozafiołkowe, wiatry i ich kierunek, ciepłota i wilgotność, charakter terenu równy, pagórkowaty, górzysty, odsłonięty od strony północnej, czy otwarty w stronę południową, bliskość mórz, przepuszczalność czy nieprzepuszczalność gruntu, obecność bagien, lasów i cały szereg innych czynników. Po ich skrupulatnem uwzględnieniu możemy wysnuwać pewne wnioski o właściwościach klimatu danej miejscowości. Że klimat w swem oddziaływaniu na nasz organizm nie jest czynnikiem obojętnym na to mamy dosyć przykładów w codziennej praktyce lekarskiej. Od klimatu zależne są fauna i flora danego kraju, a w dalszych skutkach rodzaj i sposób odżywiania się jego mieszkańców. Geografja patologiczna, odrębna w rozmaitych krajach, może w dużej mierze przyczynić się do wyświetlenia etjologji pewnych schorzeń, co podkreślił słusznie Aschoff w swoim wykładzie we Lwowie „o fizjologicznem i chorobowem tworzeniu się żółci". Rzucawka, krzywica, tężyczka, dychawica oskrzelowa, pewne schorzenia reumatyczne, wreszcie po części i gruźlica wykazują rozmaitość nasilenia w zależności od zmian klimatycznych. Zależność pewnych schorzeń od wahań klimatycznych wybitnie występuje w tych krajach, które okresowo stoją pod działaniem silnych wiatrów, zmieniających szybko temperaturę. Mistral, wiatr wiejący w południowej Francji, suchy i gorący, bo pochodzący z Sahary wywołuje schorzenia narządów oddechowych i przewodu pokarmowego i podnosi wysokość śmiertelności oseskòw. Fön w Tyrolu i w Bawarji przynosi zwykle uciążliwą falę ciepła i wywołuje u osobników wrażliwych cały szereg objawów nerwowych, wreszcie Bora wiatr zimny nawiedzający wybrzeże dalmatyńskie, obniża nieraz temperaturę o kilkanaście stopni. Klimat więc nie jest czynnikiem obojętnym przeciwnie potężnym, mającym wpływ na organizm, przedewszystkiem przez działanie na nasz system nerwowy wegetatywny, będący tym najczulszym sejsmografem zmian i zaburzeń równowagi ustroju. Czy zmiany klimatyczne drażnią ośrodki wazomotoryczne, czy też drogą przez system nerwowy wegetatywny powodują zmiany w chemizmie krwi, burząc jego równowagę zasadowo-kwaśną, przez pewne przesunięcia jonów, jest dotychczas niewiadomem. Klimatologja będąca tylko gałęzią balneologji niejedno jeszcze medycynie wyjaśni i wyświetli. Z punktu widzenia badań klimatologicznych w Polsce całkiem słuszny jest postulat prof. Sabatowskiego założenia stacyj meteorologicznych w zdrojach o pewnych wybitnych cechach klimatycznych. Jeśli chodzi o klimat Szczawnicy to jest on łagodny i ciepły, o małych różnicach ciepłoty dziennej i nocnej. Leżąca w kotlinie i osłonięta górami od strony północnej, jest wolna od wiatrów. Wieczorami wszechwładnie panuje w przyrodzie szczawnickiej majestatyczna cisza, tak, że nawet listek nie drgnie. Niema też w Szczawnicy mgieł ani oparów. W godzinach rannych

[1]) Interesującym się tym przedmiotem i zagadnieniami krążenia zwracam uwagę na znajdujące się w tym numerze P. G. L. streszczenie bardzo ciekawego artykułu Hauffego w „Virchows-Archiv" pod tyt.: „Prawa fizyki — a krążenie krwi".

ogrzewa się wprzód powietrze nisko położone i ciepło unosi się w górę, pod wieczór mamy powolny przypływ świeżego górskiego powietrza. Wieczory i noce szczawnickie w odróżnieniu od nocy w miejscowościach podkarpackich są ciepłe tak, że kuracjusze bez ciepłego nawet odzienia spokojnie mogą chodzić bez narażania się na przeziębienie, o które nietrudno u chorych wrażliwych w miejscowościach górzystych. Jeśli dodamy, że ilość dni słonecznych jest stosunkowo duża z obfitością promieni pozafiołkowych, to chyba idealniejszych warunków klimatycznych dla chorych na narządy oddechowe życzyć sobie nie można.

Jeśli chodzi o wody mineralne Szczawnicy, to nietylko Józefina, szczawa alkaliczno-słono-wapienna, będąca niejako jej synonimem, zasługuje na uwagę, ale także pokrewnym jej składem chemicznym jest zdrój Stefana. Woda ze zdroju Józefiny i Stefana działają przedewszystkiem na narządy oddechowe, rozpuszczając i rozwadniając flegmę, wzmagają ruchy migawkowe nabłonka przez co wykształtuszanie zostaje ułatwione. W dalszem następstwie łagodzą kaszel i powodują regenerację nabłonka. Na narząd pokarmowy działają w ten sposób, że śluz żołądka zostaje rozpuszczony, ruchy robaczkowe jelit wzmożone, a jeśli wspomnę jeszcze o zwiększeniu diurezy i żywszej przemianie materji przez zwiększenie wydzielania mocznika, to otrzymamy w ogólnych zarysach obraz działania szczaw alkaliczno-słonych.

Trzeciem źródłem zasługującem na uwagę lekarzy, a znajdującem coraz szersze zastosowanie w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego przez działanie lekko przeczyszczające, jest zdrój Magdaleny, szczawa alkaliczno-słona. Ciekawym pod względem składu chemicznego jest zdrój Wanda zawierający 0,03 g litu w 1 l, przez co posiada w wysokim stopniu zdolność rozpuszczania złogów moczanowych. Wreszcie zdrój Szymona, zawierający dużą ilość dwuwęglanu żelazowego, jest nader cenną wodą stołową. Warunki klimatyczne i analiza wód kruszcowych Szczawnicy dają już same przez się wskazówki w jakim kierunku powinny iść wskazania lecznicze, by osiągnąć pożądany dla zdrowia kuracjuszów skutek. Bezwątpienia wszystkie wody kruszcowe Szczawnicy są radjoczynne i ilościowe analizy chemiczne dają nam tylko ułamkowe wyjaśnienie ich wartości biologicznej.

Jeśli przystępuję do omawiania wskazań leczniczych Szczawnicy, to w pierwszym rzędzie musi być wyjaśniona kwestja gruźlicy; czy wszystkie jej postacie nadają się tam do leczenia, czy też tylko niektóre z nich. Było i jest dotychczas kwestją sporną, czy podawanie szczaw alkaliczno-słonych w gruźlicy jest wskazane czy też całkiem obojętne. W tym wypadku, jak to nieraz w życiu bywa, zadecydowali sami chorzy, którzy nieraz bez polecenia lekarza, a czasem i wbrew temu poleceniu przyjeżdżali do Szczawnicy i znajdowali tam ulgę w swem cierpieniu.

Według szkoły francuskiej, stojącej do dnia dzisiejszego na stanowisku demineralizacji ustroju gruźliczego, podawanie wód mineralnych byłoby zupełnie celowe i uzasadnione. Głosy ftizjologów za i przeciw celowości stosowania diety Gersona, Hermannsdorfera, Sauerbrucha z doprowadzaniem mineralogenu wskazuje, że stoimy jeszcze przed problemem czekającym na rozwiązanie. Wśród laików i niestety u niektórych lekarzy rozpowszechnione jest zdanie, że Szczawnica jest miejscowością zagruźliczoną i że człowiek wolny od gruźlicy może się nią tam zarazić.

Podkreślam z całą stanowczością, że podobne twierdzenie rozmija się z prawdą. W Szczawnicy jest stanowczo mniej chorych na gruźlicę niż w Zakopanem i w miejscowościach podkarpackich, w których stosunki sanitarne są gorsze niż w Szczawnicy, gdzie od lat kilkunastu bywają pokoje odkażane parą formalinową bez względu na to, czy były zajęte przez chorych na gruźlicę czy też nie. Zabieg nigdzie nie stosowany, o ile mi wiadomo. Rzecz inna, że nie wiemy czy to odkażanie parą formalinową jest w 100% skuteczne. Zapytanie w tej kwestji skierowane przez zarząd zdrojowy do Instytutu Higjeny w Warszawie zostało narazie bez odpowiedzi.

Odpluwanie jest w Szczawnicy dozwolone tylko do specjalnie na ten cel przeznaczonych spluwaczek, otwierających się i zamykających automatycznie. Czuwa też nad tem policja zdrojowa, która każde wykroczenie antysanitarne karze doraźną grzywną. Przypadki gruźlicy nie nadające się do leczenia klimatycznego, a zagrażające otoczeniu są rzadko skierowywane do Szczawnicy i o ile taki chory na własną rękę przyjedzie, zostaje odesłany zpowrotem przez lekarza zdrojowego pod jakimkolwiekbądź pretekstem. Podział gruźlicy na otwartą i zamkniętą, jako kryterjum większości lekarzy w skierowywaniu chorych dla leczenia klimatycznego do Szczawnicy jest nieuzasadniony, nie wytrzymuje ścisłej krytyki naukowej, należy raczej do lamusa lekarskiego, niż do wytycznych podziału tego schorzenia. Obecność jednego prątka Kocha nie mówi nam jeszcze, że gruźlica jest otwartą, jakoteż zupełny brak prątków w plwocinie, nie usprawiedliwia naszego apodyktycznego oświadczenia, że gruźlica jest zamknięta i jako taka bezpieczna dla otoczenia. To co dzisiaj nam się przedstawia jako forma gruźlicy zamkniętej, może być jutro gruźlicą otwartą z jakiejkolwiekbądź przyczyny, bez świadomości chorego i bez wiedzy otoczenia. A ileż to osób starszych z objawami rozedmy i nieżytu oskrzeli wykazuje prątki w plwocinie, mimo, że nie uchodzą za chorych na gruźlicę. Niedawno miałem chorego, u którego stwierdziłem zmiany swoiste i *cavum*, co też przez prześwietlenie zostało potwierdzone. W plwocinie jednakowoż prątków Kocha nie stwierdzono. Mimo to nie miałby odwagi uznać tego chorego za przypadek gruźlicy zamkniętej, bez kilkakrotnego badania plwociny, a więc za bezpieczny dla otoczenia.

Stawiając kwestję jasno, to wszystkie postacie gruźlicy początkowej o nieostrym przebiegu nadają się do leczenia w Szczawnicy, jako też formy cięższe ze skłonnością do gojenia łącznotkankowego. Jednakowoż muszą być przekazani do leczenia lekarzowi zdrojowemu i pod jego pozostać opieką. Niedźwiedzią przysługę wyrządza się choremu, o ile lekarz domowy przepisuje mu sam kurację i wysyła na letnisko. Chory, niepozostający pod nadzorem lekarskim, daje się często złudzić chwilowemu polepszeniu, zapomina o przestrogach swojego lekarza i wtedy kąpiel słoneczna, przetańczona noc w barze, lub wycieczka w góry, może spowodować wysiew gruźlicy z jednego ogniska, które już było na drodze do zupełnego wygojenia.

Drugiem schorzeniem wymagającem wyjaśnienia, co do wskazań leczenia w Szczawnicy, jest dychawica oskrzelowa, której rozróżniam trzy rodzaje:

1) dychawica oskrzelowa na tle nieżytu oskrzeli, nie dająca się ściśle odgraniczyć od *bronchitis asthmatica*, reaguje znakomicie na kurację szczawnicką;

2) mniej dobrze dychawica oskrzelowa przy procesach swoistych;

3) przy dychawicy oskrzelowej na tle nerwowem *(astma nervosa)* skutek kuracji nigdy nie da się z góry przewidzieć.

Odnośnie do tej trzeciej kategorji chorych powinni być lekarze ostrożni w rokowaniu, bo niespełnienie nadziei rychłej poprawy wprowadza chorego w depresję psychiczną, co sprawę chorobową tylko pogarsza.

Że nieżyty przewlekłe gardła, krtani, nosa, oskrzeli, rozedma płuc jako też wszystkie postacie błednicy (z wyjątkiem niedokrwistości złośliwej) były oddawna i są nadal domeną leczenia w Szczawnicy, jest lekarzom ogólnie znane. Nadmieniam, że *ozaena, rhinitis chronica sicca*, wykazują znaczną poprawę przy odpowiedniem leczeniu zdrojowem, również i stany ozdrowienia po przebytych chorobach, wyczerpanie fizyczne i duchowe.

Zupełnie prawie albo też w znikomej tylko mierze znalazły wody szczawnickie zastosowanie w chorobach przewodu pokarmowego, jak w przewlekłem zapaleniu żołądka, nadmiernej kwaśności, atonji żołądka, zapaleniu pęcherzyka żółciowego i kamicy żółciowej, bo Szczawnica zawsze jeszcze uchodzi w oczach lekarzy jako uzdrowisko *par excellence* dróg oddechowych, ale stanowisko to jest całkiem niesłuszne i nieuzasadnione.

Również chorzy z chorobami przewlekłego zapalenia nerek, miedniczek nerkowych, pęcherza moczowego i kamicy nerkowej zostają rzadko skierowani do Szczawnicy.

Z chorób przemiany materji otyłość jest wskazaniem do leczenia w Szczawnicy, a to ze względu na możność przeprowadzenia kuracji terenowej, obecność wód lekko przeczyszczających (zdrój Magdalena) i nieżytu oskrzeli, który w 95% wypadków istnieje wskutek słabej wentylacji płuc. Wreszcie dna i cukrzyca, wykazują polepszenie po odpowiednio przeprowadzonej kuracji wodami mineralnemi i dietą.

Z chorób narządu krążenia nie jest nadciśnienie przeciwwskazaniem do kuracji szczawnickiej. Szczawnica jako zdrojowisko wypoczynkowe dla chorych po przebytej kuracji kąpielowej w innych zdrojach, co Niemcy trafnie określają jako *Nachkur* znajduje jeszcze za mało uwzględnienia u lekarzy.

Z bezwzględnych przeciwwskazań do leczenia klimatycznego w Szczawnicy należy w pierwszym rzędzie wymienić gruźlicę rozpadową, z gorączką hektyczną, ze skrobiawicą śledziony i nerek, z masowemi prątkami w plwocinie. Są to postacie gruźlicy określone jako *Phtisis fibrocaseosa desperata* i *Phtisis caseosa*.

Chorych z objawami niedomogi mięśnia sercowego nawet po przezwyciężonej dekompenzacji należy z leczenia w Szczawnicy wykluczyć.

Przerost gruczołu krokowego jest również przeciwwskazaniem do leczenia zdrojowego wodami mineralnemi, które podawane nawet w dawkach zupełnie prawidłowych wywołać mogą porażenie pęcherza i zatrzymanie moczu. Cewnikowanie i wysyłanie chorych z cewnikiem do domu jest nader przykre tak dla chorych jak i dla lekarza zdrojowego.

Wszelkie stany podostre zapalenia stawów ze stanem podgorączkowym lub bez niego nie powinno się wysyłać do Szczawnicy z wyjątkiem *gonitis t. b. c. Poncet*, to samo odnosi się do podostrego zapalenia macicy i jej przydatków. Ze stanów ozdrowienia po przebytych chorobach zakaźnych, należy jedynie wykluczyć dur brzuszny ze względu na możność zakażania, nawet w kilka miesięcy po przebytej chorobie.

Nie mam też powodów ukrywania przed lekarzami dotychczasowych stron ujemnych Szczawnicy, mimo jej idealnych warunków klimatycznych i bogactwa wód kruszcowych, a do nich zaliczam:

1) Brak dojazdu kolejowego. Wprawdzie jazda autobusem wzdłuż Dunajca ze stacyj końcowych Stary Sącz lub Nowy Targ jest nader malownicza, lecz trudno żądać od kuracjusza przybywającego z dalekich stron, a zmęczonego długą podróżą entuzjazmu dla malowniczej przyrody górskiej. Kolej do Szczawnicy przyczyniłaby się również do potanienia materjałów budowlanych i obniżenia i tak już niskich kosztów utrzymania. Stworzenie z przepięknych Pienin pierwszego Parku Narodowego w Europie i uprzystępnienie go tak dla turystyki krajowej jak i zagranicznej jest tylko możliwe przez wybudowanie kolei do Szczawnicy, której trasa była już wykreślona za czasów austrjackich.

2) Kanalizacja jest wprost koniecznością chwili, a jej realizacja bez kapitału krajowego czy też zagranicznego trudno da się przeprowadzić przez zarządy zdrojowe.

3) Źródła wód szczawnickich wymagają nowoczesnego ujęcia. Inżynierów specjalistów w tej dziedzinie mamy u nas wprawdzie mało, ale są tacy. Wiercenie nowych źródeł na terenie szczawnickim odkryje nam niewątpliwie wielkie skarby jak tego dowodzą przypadkowo odkryte przed kilkoma laty źródła siarczane na terenie gminnym dotychczas zupełnie niewyzyskane.

4) Rozbudowa Szczawnicy i innych zdrojów winna być przeprowadzona planowo bez uszczerbku dla charakteru przyrody górskiej Szczawnicy.

Wydane w tej kwestji rozporządzenie Wojewody krakowskiego należy powitać z uznaniem.

Myliłby się ten, ktoby sądził, że każdy kuracjusz nawet przy ścisłem wskazaniu i przy skuteczności zastosowanej ordynacji wraca zadowolony z pobytu w zdroju. Mieszkanie hałaśliwe dla szukającego wypoczynku, a spokojne dla kuracjusza żądnego rozrywek lub zabaw, niezbyt gorliwa obsługa, błąd w kuchni dietetycznej, wreszcie niecelowe zarządzenia zdrojowe mogą zniechęcić kuracjusza w najwyższym stopniu.

Są to sprawy od lekarza zdrojowego zupełnie niezależne. Z chwilą kiedy właściciele pensjonatów, will i restauracyj zrozumieją, że oni są tu dla kuracjuszy a nigdy naodwrót, wtedy nasze zdroje nie będą wymagały tej wytężonej propagandy w kraju jak obecnie, natomiast propaganda przesunie się i wyjdzie poza nasze słupy graniczne.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 1197/31.

Warszawa, dnia 22 maja 1931 roku.

Okólnik Nr. 88.

W sprawie wykonywania zębów sztucznych z niewłaściwego złota.

Do Panów Wojewodów: Białostockiego, Kieleckiego, Lubelskiego, Łódzkiego, Nowogródzkiego, Poleskiego, Warszawskiego, Wileńskiego i Wołyńskiego, oraz P. Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że niektórzy technicy dentystyczni wykonywują zęby sztuczne ze złota zachodzącego śniedzią lub niskopróbnego.

W myśl obowiązujących przepisów rosyjskiej ustawy probierczej z dnia 11. III. 1896 r. (Zb. praw T. XI. cz. II. ust. przemysłowej Ks. 3 w brzmieniu, ustalonem w 1906 r.) znajdujące się w handlu oprawy zębów sztucznych zwolnione są od obowiązku cechowania w urzędach probierczych, lecz winny one czynić zadość próbie przepisanej, jak również art. 512 wymienionej wyżej ustawy oraz rozporządzeniu Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 22. VIII. 1924 r. (Dz. U. R. P. Nr. 73, poz. 730), które przewiduje, jakie domieszki do metali szlachetnych są dopuszczalne.

Na wypadek wykrycia nadużyć w sprawie wyżej omówionej zechce Pan Wojewoda (Komisarz Rządu) po porozumieniu się z właściwemi Urzędami probierczemi kierować takie sprawy do sądów.

Dr. E. Piestrzyński.
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Georg Hauffe. II. Klinika chorób wewnętrznych w Berlinie. *„Prawa fizyki — a krążenie krwi"*. (Physikalische Gesetze — und Blutkreislauf). Virchow's-Archiv, 279. B. I. H. XI. 1930).

Autor jest nietylko wybitnym klinicystą, lecz również pilnym badaczem fizjologji ciała ludzkiego a w szczególności poświęca się od szeregu lat badaniom nad obiegiem krwi, wyprowadzając logicznie ostateczne wnioski z założeń praw fizykalnych, normujących czynności fizjologiczne w krążeniu.

Tezy jego są następujące:

Serce jest pompą ssąco-tłoczącą, powodującą przez skurcz swoich mięśni jedynie i wyłącznie przyśpieszenie krwiobiegu. Nie jest pompą tłoczącą, która podnosi ciśnienie krwi przy skurczu.

Krew z komory lewej „wpływa" do aorty, a nie wpada do niej pod ciśnieniem i nie rozszerza jej ścian! Odwrotnie przekrój światła aorty zmniejsza się w czasie skurczu serca!

Również tętno nie jest wynikiem rzekomo podniesionego przy każdem skurczu serca (czy też skurczu rozszerzonej aorty) ciśnienia. Tętno jest jedynie następstwem ruchu płynu w rurach elastycznych, jakiemi są tętnice.

Rytm skurczów serca nie ma żadnych specjalnych ośrodków nerwowych, któreby go wywoływały [1], lecz jest mechanicznym wynikiem fizykalnych praw, jakim podlega ruch cieczy w rurach o ścianach elastycznych. Utrzymuje się w swej miarowości umieszczenia serca w worku osierdziowym, który współdziała w rytmie.

Rytm, jako zjawisko czysto mechaniczne, nie ma nic wspólnego z „częstotliwością" skurczów serca. Częstotliwość skurczów zależną jest od warunków w zewnętrznem kole obiegu krwi. Przy oporach tętno zwalnia. Ośrodki więc nerwowe, nerwy naczynioruchowe, działając na mięśnie naczyń i powodując zwężanie lub rozszerzanie naczyń, są regulatorami szybkości krążenia a temsamem częstotliwości skurczów serca.

Ruch krwi nie ma i nie potrzebuje żadnych pomocniczych sił dla utrzymania obiegu. Serce wraz z workiem osierdziowym tworzy wystarczający motor. Worek osierdziowy jest dla serca oparciem i regulatorem, niejako, „cięgłem" jego mechanicznej czynności i razem z nim stanowi błoniastą ssąco-tłoczącą pompę. Ssanie odbywa się po stronie żylnej obiegu.

* * *

Tezy swoje uzasadnia autor prawami fizykalnemi.

Suma energji, udzielanej przez jakąś siłę popędową cieczy w rurach, składa się z energji potencjalnej i energji kinetycznej, które stoją w przeciwieństwie do siebie, względnie się uzupełniają. O ile rośnie energja potencjalna, spada energja ruchu — i naodwrót.

Skoro mięsień komory sercowej udziela płynącej krwi energji kinetycznej, przyśpiesza jej ruch — co nie podlega sporowi, — krew płynie pod wpływem działania muskulatury serca, jako siły osiowej, zachowując ilość otrzymanej energji ruchu. Wpływa więc ze zwiększoną szybkością, a temsamem ze zmniejszonem ciśnieniem do tętnicy głównej. Ciśnienie bowiem podnosi się wówczas, kiedy ruch słabnie, a nie wówczas, kiedy się wzmaga. Ciśnienie jest równe stosunkowi siły do powierzchni. Jeżeli suma energji jest stałą, jak w sercu, a pierwszym jej wyrazem jest ruch, powstaje ciśnienie wówczas, kiedy szybkość maleje, wskutek przeszkód w obiegu. Dotychczasowe wyniki badań nad ciśnieniem wewnątrz naczyń są dlatego fałszywe, ponieważ dają wielkość ciśnienia zewnętrznego, wynik, powstrzymanej przyrządem, szybkości ruchu. Zamiast energji kinetycznej mierzy się sumę energji, kinetycznej i potencjalnej. Stąd fałszywe wnioski.

Naczynia włoskowate nie są przeszkodą dla obiegu. Przekrój ich sumaryczny jest znacznie większy od przekroju sumarycznego tętnic. Ta okoliczność wyrównuje przeszkodę, jakaby powstać mogła, przez tarcie krwi o powiększoną powierzchnię ścian. Struktura układu naczyniowego podobną jest do leja, rozszerzającego się w kierunku naczyń włoskowatych, a następnie znów zwężającego się, jednak w mniejszym stopniu (przekrój żył próżnych jest większy od przekroju tętnicy głównej).

Gdyby serce było tylko pompą tłoczącą, która pod rosnącem ciśnieniem wyrzuca krew do tętnic, ukończyłoby się jej działanie na sieci kapilarów. To się ogólnie przyznaje — i poszukuje się sił, odprowadzających krew dalej, aż do serca prawego. Nie są niemi jednak mięśnie naczyniowe, które powodować mogą jedynie zwężenie lub rozszerzenie naczyń, lecz nie mogą dodawać siły ruchowi krwi. Nie mogą być niemi mięśnie ciała, które wywołać mogą również jedynie zmiany w świetle naczyń lub chwilowy

---

[1]) „....u zarodka ludzkiego serce zaczyna bić już w ciągu trzeciego tygodnia ciąży, podczas gdy nerwowe elementa zjawiają się dopiero w piątym tygodniu". Cybulski. (Przyp. ref.).

zwiększony przypływ do jakiegoś narządu. Nie wystarczy również do tego popędu podciśnienie wewnątrznopiersiowe w czasie wydechu, które powodować może jedynie zmiany częstotliwości skurczów. Fala oddechowa przechodzi nad falą skurczów serca, które pracuje bez względu na zmiany ciśnienia, powstającego w klatce piersiowej przy oddechaniu. Jedynie zmiany w ilości krwi przy oddechaniu w centrum i w obwodzie wpływają na częstotliwość skurczów. Jedyną siłą, która może powodować ruch krwi od kapilarów do prawego serca, jest siła ssąca serca.

W pracy tej wybitną pomocą, regulatorem jest dla serca worek osierdziowy. Jako zamknięta w sobie przestrzeń powoduje konieczność rozwijania się części spoczywającej, z chwilą czynności części drugiej. W ten sposób odbywa się tłoczenie i ssanie. Tak więc dopiero razem z osierdziem stanowi serce ową błoniastą ssąco-tłoczącą pompę.

Skoro z rosnącą szybkością ruchu krwi maleje ciśnienie, nie jest rzeczą możliwą, aby przy każdym skurczu komory krew pod naciskiem mięśnia sercowego rozszerzała trzon aorty. Według dotychczasowych poglądów rozszerzone ściany tętnicy głównej samoczynnie wracają do normy wskutek swej elastyczności. W ten sposób po każdej systoli zwężające się zpowrotem ściany aorty udzielają prądowi krwi uderzeń, które udzielają się krwi dalej do tętnic i kapilarów. Gdyby pochód ruchu krwi był takim, wówczas podwyższone w aorcie ciśnienie, działając we wszystkich kierunkach, nietylko rozszerzałoby ściany aorty, lecz przy otwartych zastawkach półksiężycowych, musiałoby wywrzeć ucisk też na krew, mającą być ze serca wyrzuconą. Skurcz byłby utrudniony, serce musiałoby się rozszerzyć! — Sprawa ma się odwrotnie. W czasie systoli spada ciśnienie w płynącej krwi, tak w sercu jak i w naczyniach, a zwiększa się chyżość. Również brak zastawek na ujściu żył próżnych przemawia przeciw pojęciu, że skurcz serca wywołuje ciśnienie i że serce jest pompą tłoczącą.

Teorja dalej mówi, że wskutek systolicznego parcia za każdym razem powstaje w ścianach naczyń fala, występująca jako tętno. Tętnice jednak nie bywają rytmicznie rozszerzane i zwężane. One nie zmieniają swej objętości ani swego światła. Tętnice wykonują jedynie wężowate ruchy około swej osi bocznej. Pulsacja, tętnienie, wywołane zostaje jedynie przez ucisk palca, czy przyrządu. W chwili ucisku nie mierzymy parcia płynącej krwi, lecz parcie krwi zatrzymanej, kiedy energja ruchu zamienia się w energję potencjalną.

Okazuje się, że tętno jest fizykalnem zjawiskiem, jakie daje się wywołać na modelu z rurek elastycznych. Na modelu takim można się przekonać, że przy wzmożonej szybkości przepływającej cieczy, ściany rur nietylko nie wypuklają się, lecz odwrotnie, zapadają się do wewnątrz. Po zapadnięciu się zupełnem powracają sprężyste ściany do pierwotnej formy — i powstaje nowy ruch cieczy. To samo otrzymamy zgiąwszy rurkę (aorta w ciele ludzkiem) w jednem miejscu. Otrzymujemy mniej lub więcej regularny rytm, — tętno — podczas kiedy ciecz płynie z niezmienionem ciśnieniem. Więc i tętno nie jest wyrazem i skutkiem rzekomego ciśnienia, wywołanego przez skurcze serca, lecz jest zwykłem fizykalnem zjawiskiem przy przepływie cieczy przez elastyczne rury.

Jeżeli częstotliwość rytmu się zmienia, nie jest nigdy przyczyną tego serce (jak przy każdym mechanicznym motorze), lecz stan zapotrzebowania, stan światła naczyń w obiegu. Jeżeli rytm traci regularność nie powoduje tego serce, lecz przeszkody w obiegu, które powodują opaźnianie się prądu krwi do prawego serca. Wskutek np. braku elastyczności w naczyniach obwodów, krew w nich krążąca opaźnia się, nie wraca we właściwym czasie do serca, wykonującego przymusowo swój rytm, który również się opaźnia! Pierwszym wypadnięciem rytmu jest brak skurczu prawego przedsionka. Tak powstaje arytmja.

Punktem zaczepienia dla lecznictwa mogą być jedynie niewłaściwości w rozdzieleniu krwi do narządów, ale nie serce, które stale z jednakowo niezmienioną siłą pracuje. Zmiennym jest wynik, udolność jego pracy, czyli stosunek pracy do czasu. Zmiany pracy serca dokonać można tylko przez wpływanie na naczyniowy układ krążenia. Ten pewnik stał się ogólną własnością klinicystów. Praktycznem następstwem tego winno być skierowanie leczenia na system naczyniowy, zamiast na serce.

W. Seidl (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 22, z 28 maja 1931: J. Zienkiewicz: Związki arsenowe w leczeniu kiły wrodzonej u dzieci. — A. Mańkowski: Modyfikacja metody Hagedorn-Jensena oznaczania zawartości glukozy we krwi w zastosowaniu do praktyki lekarskiej. — J. Stein: Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań (Streszcz. pogl. c. d.). — M. Kacprzak: Z zagadnień węgierskich służby zdrowia (dok.).

Wiadomości Kas chorych, rok II, zeszyt 9, z r. 1931: Dział urzędowy. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Opieka nad dziećmi i młodzieżą w Kasach chorych. — Z życia Kas chorych. — Kongresy i Zjazdy. — Bilanse i rachunki działalności za rok 1929. — Ubezpieczenia społeczne zagranicą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr 22, z 31 maja 1931: II Zjazd aptekarzy słowiańskich w Pradze. — W. J. Strażewicz: Mięta w doświadczeniach odmianowych. — Sprawy zawodowe.

Przegląd weterynaryjny, rok XLIV, nr. 5, z maja 1931: Z. Finik: Badania hematologiczne w przebiegu kolki (morzyska) u koni. — W. Gerczak: Przypadek pęknięcia przepony u kota przy upadku. — L. Mulak: Mumifikacja kotyledonów krowy. — E. Hamerski i M. Grabowiecki: Przypadek cukrzycy u psa. — Z. Mulak: Nowotwór gruczołu krokowego u knura. — Z. Zaniewski: Sprawozdanie weterynaryjne za rok 1930.

Młoda matka, nr. 11, z r. 1931: P. Baumryter: Rady nasze dla matki wyjeżdżającej na wieś ze swem sztucznie żywionem maleństwem. — T. Lewenfiszowa: Wczesne owoce. — S. Średnicki: Dlaczego z niemowlętami i małemi dziećmi nie powinniśmy wyjeżdżać na lato zbyt daleko. — J. Michałowicz: Kajak. — J. Śmiarowska: Krwotok wewnętrzny. — J. Brzósko-Guderska. Jak wykorzystać niedzielę. — U. P. K.: O racjonalne zasady odżywiania rodziny.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok VI, nr. 5, z maja 1931: H. Berliner: O obliczaniu taryfy należności za nabycie lat poprzedniej służby przez ubezp. prac. umysł. (d. c.). — W. Kościński: Nowelizacja ustawy emerytalnej w świetle zagadnienia systematyzacji ubezpieczeń społecznych. — St. F.: Przed międzynarodowem unormowaniem ubezpieczenia inwalidzkiego. — E. Sissle: Pojęcie „pracownika umysłowego" w ustawodawstwie o ochronie pracy.

Przegląd trachomatologji i okulistyki społecznej, rok I, nr. 1, z marca 1931: M. Zachert: Rozpowszechnienie jaglicy w województwie wileńskiem. — L. Rostkowski: Plan zwalczania jaglicy na Wileńszczyźnie i początki jego realizacji. — M. Zachert: Międzynarodowa organizacja przeciwjaglicza. — K. Majewski: Sprawozdanie Zakładu jagliczego Uniw. Jag. w Witkowicach za 1928 i 1929 rok. — J. Skotnicki: Sprawozdanie Zakładu jagliczego w Częstochowie za 1928 i 1929 r.

Wiadomości lekarskie, rok IV, nr. 5, z maja 1931: M. Muzyka: Grupy krwi i ich znaczenie w medycynie. — K. Walker: Przyczynek do rozpoznania cholecystopatji w praktyce codziennej (dok.). — M. Seidler: Etjologja, profilaktyka i leczenie raka ze szczególnem uwzględnieniem raka macicy (dok.). — S. Mossor: Wpływ promieni Roentgena na położnictwo.

Nowiny lekarskie, rok XLIII, zeszyt 11, z 1 czerwca 1931: B. Chodźko: Uzdrowiska polskie wobec postulatów higjeny społecznej. — E. Brzezowsky: O działaniach ubocznych i szkodliwych przetworów arsenobenzolowych. — J. Granatowicz: Pokrycie ubytku czaszki zapomocą wolnego przeszczepienia kości łopatki. — L. Wasilewski: Obecny stan poglądów na głuchotę i jej leczenie.

Wiedza lekarska, rok V, nr. 5, z maja 1931: St. Higier: Przestrojenie jako metoda lecznicza choroby Basedowa i stanów pokrewnych. — L. Zamenhof: Z powrotem do Hippokratesa.

Dziennik urzędowy Izb lekarskich, rok II, nr. 6, z 1 czerwca 1931: Z naczelnej Izby lekarskiej. — Z Izb lekarskich terytorjalnych.

Szkoły akademickie, rok IV, zeszyt X, za styczeń-grudzień 1930 r.: Od redakcji. — Z. Weyberg: Uwagi do sprawy rozporządzenia o egzaminach magisterskich. — St. Rosiński: Sprawa zastępców profesorów. — Część oficjalna. — Część nieoficjalna.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse médicale.

Nr. 18.

E. Sacquépée, M. Liégeois i J. Fricker: *Epidemja zatrucia mięsem*. Po spożyciu obiadu w kuchni podoficerskiej w 5—13 godzin zachorowało nagle 49 osób (na 51) wśród objawów bólów żołądkowych, wymiotów, biegunki i podwyższonej ciepłoty ciała do 40° C, z czego blisko połowa była leczona w szpitalu, a 1 osoba zmarła 9-go dnia. Prawie u wszystkich chorych szpitalnych stwierdzono białkomocz, u niektórych pojawiły się przejściowe wykwity skórne o charakterze rumieniowatym. Przy sekcji

jednego zmarłego stwierdzono w jelicie biodrowem przekrwienie, obrzęk, wybroczyny różnej wielkości, bez martwicy i owrzodzeń. Kępki Peyera nieco powiększone, ale pokrywająca je błona śluzowa bez zmian. Wątroba, śledziona i nerki przekrwione i obrzękłe, drobnowidowo stwierdzono ogniska martwicze.

Przyczyną zatrucia było serce bydlęce, niedokładnie gotowane, z którego wyosobniono pałeczkę z grupy Salmonella. Taką samą pałeczkę wyosobniono z narządów zmarłego i z kału 3 chorych, posiew krwi u 12 chorych dał wyniki ujemne. Próba aglutynacyjna i wysycenie aglutynin dowodzą, że pałeczka ta należy do typu Aertrycke. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że pałeczka i jej toksyny są silnie trujące i wywołują w narządach padłych zwierząt zmiany anatomiczne podobne do spotkanych przy sekcji zmarłego.

Na podstawie badań przeprowadzonych w sprawie sposobu zakażenia się serca, za życia zwierząt, czy też po uboju, autorowie przyjmują, że zakażenie nastąpiło po uboju, ponieważ mięso tych zwierząt okazało się nieszkodliwe dla innych ludzi. Następnie okazało się, że z 3 osób, które jadły zakażone potrawy, a nie zachorowały, jeden podoficer był w tym dniu chory i jadł bardzo mało, a 2 osoby t. j. kucharz i jego pomocnik spożyli przed tym obiadem większą ilość alkoholu, który zdaniem autorów zabił lub zahamował rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych.

P. Oury i P. Godard: *Objawy i leczenie przewlekłej choroby amebowej.* Choroba amebowa dawniej zwana dyzenterją amebową przeszła 3 etapy. W pierwszym etapie jej rozwoju znana jest tylko w kolonjach, w drugim zaczęto opisywać pojedyncze przypadki w Europie, w trzecim okresie powojennym zaczyna występować znacznie częściej nawet u osób, które nigdy nie opuszczały granic Francji. Dyzenterja jest tylko jednym z objawów tej choroby i to rzadkich, przy chronicznym jej przebiegu, często bowiem występują powikłania ze strony wątroby, płuc, nerek itp.

Objawy przy przewlekłej chorobie amebowej, usadowionej zwykle w jelicie grubem, są w przeciwieństwie do ostrej dyzenterji amebowej słabe i niewyraźne. Objawy jelitowe mogą odpowiadać 4 postaciom: stałe rozwolnienia, nieregularne biegunki, zaparcia przeplatane biegunką i stałe zaparcia połączone z bólami. Często występują objawy ze strony żołądka i wątroby oraz objawy ogólne, jak brak apetytu, bóle głowy, stany podgorączkowe, wychudzenie i t. p.

Przy rektoskopji stwierdza się błonę śluzową przekrwioną lub bladą, rozszerzenia naczyń, małe owrzodzenia lub blizny po owrzodzeniach, ale w wielu przypadkach błona śluzowa jest zupełnie normalna. Najważniejsze znaczenie rozpoznawcze posiada wielokrotne badanie kału na obecność pełzaków lub ich cyst.

Jeśli badanie kału wypadnie dodatnio, to nawet przy braku innych objawów np. rektoskopowych należy rozpocząć leczenie, tak samo jeśli będzie odwrotnie. Jeśli oba sposoby badania dały wyniki ujemne, można rozpocząć leczenie próbne.

Leczenie jest długie i uciążliwe, ciągnie się miesiącami i opiera się na stosowaniu środków leczniczych z 3 grup: wymiotnica i jej pochodne, pochodne arsenu i związki jodowe. Z pochodnych wymiotnicy najlepiej działa emetyna przy leczeniu napadów i tam gdzie arsen nie pomaga. Z pochodnych arsenu autorowie najczęściej stosują stowarsol, czasem w kombinacji z wymiotnicą. Z połączeń jodowych najlepiej działa jatren, który stosują w proszku, w pigułkach lub do przemywań. U chorych skłonnych do rozwolnienia już małe dawki jatrenu wywołują biegunki, podczas gdy u chorych skłonnych do zaparcia nawet 5 g dawki dzienne nie mają działania przeczyszczającego. Inne środki jak riwanol i wyciągi z różnych roślin mogą mieć tylko znaczenie pomocnicze.

A. Thomas: *Pląsawica a nadmierna pobudliwość kory mózgowej.* Autor opisuje przypadek pląsawicy połowiczej, która wystąpiła w kilka tygodni po porażeniu połowiczem u kobiety 30-letniej. Na podstawie tego przypadku omawia teorje odnoszące się do mechanizmu powstawania różnych pląsawic, przyczem podkreśla, że w pląsawicy nie można stwierdzić jednolitych zmian anatomicznych w mózgu, ponieważ znajdywano je w korze mózgowej, móżdżku, jądrach podstawowych mózgu itd. Autor upatruje przyczynę występowania pląsawic podobnie jak innych zespołów autokinetycznych (atetoza, drżenia i t. p.) w nienormalnej pobudliwości kory mózgowej. Kora mózgowa odpowiada na różne bodźce zewnętrzne i wewnętrzne nienormalnemi odruchami, przyczem zmiany anatomiczne nie muszą i przeważnie nie dotyczą samej strefy motorycznej kory, ale znajdować się mogą w różnych miejscach mózgu, wywierających wpływ na strefę motoryczną.

Nr. 19. 1931.

G. Delater i R. Hugel: *Ostra, bolesna i napadowa niedomoga żylna z zaburzeniami wkrewno-wegetatywnemi.* Autorowie opisują przypadek ostrej niedomogi żylnej, będącej jakby wstępem do wystąpienia żylaków, który cechował się zaburzeniami czucia i skurczami w systemie żylnym obok zaburzeń gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i układu nerwowego autonomicznego.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 22-go stycznia 1930 roku.

Zebranie zagaił prezes T-wa Kol. Zahorski w obecności 24 członków i 12 gości. Przed rozpoczęciem porządku dziennego zebrani uczcili przez powstanie pamięć ś. p. prof. Rosnera i długoletniego członka T-wa Kol. Dehnela.

1. Kol. Ingster demonstrował chorą *ze znacznie powiększoną grasicą,* która uciskała arterję płucną, dając wyraźny szmer.

2. Kol. Trawiński demonstruje a) pacjenta operowanego przez 6-ciu tygodniami z *powodu mięsaka jelita cienkiego* (preparat wyciętego jelita z guzem nowotworowym pokazywał Kol. T. na poprzedniem posiedzeniu). Badanie mikroskopowe wykazało *sa globocellulare.* Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry, chory poprzednio bardzo wychudzony i wyniszczony szybko przybywa na wadze. W ciągu tygodnia przybyło mu przeszło 1 kg. Rokowanie jest jednak bardzo niepewne z powodu złośliwości guza.

b) Chorego i odnośne rentgenogramy po *szwie kosinym, nałożonym na wyrostek łokciowy kości łokciowej (olecranon),* z powodu złamania, które nastąpiło przed 4-ma miesiącami. Dopiero w dwa miesiące po wypadku chory przybył do szpitala. Rozginanie przedramienia odbywało się tylko biernie. Wyrostek łokciowy był odłamany całkowicie i usunął się w górę na $2^1/_2$ cm. Obecnie po zabiegu władza powróciła całkowicie. Rozginanie przedramienia odbywa się sprawie, tylko z nieco mniejszą siłą niż po stronie zdrowej.

c) Wygłasza uwagi o ciałach obcych w stawach, demonstrując preparat *usuniętego ciała obcego z górnego uchyłku stawu kolanowego.* Jest to owalny twór, długości około 6 cm, szerokości $3^1/_2$ cm i grubości 2 cm, biały, twardy o wyglądzie chrząstki. Na powierzchni twór ten miał szereg groszkowatych wyniosłości, co sprawiało wrażenie jakby miał się on kiedyś składać z oddzielnych elementów. Od kilku lat pacjent wyczuwał u siebie w stawie kolanowym obecność jakiegoś ciała, co mu czasami przeszkadzało w chodzeniu. Badanie histologiczne wykazało typowe utkanie chrzęstne. Prześwietlenie wykazało wybitne zmiany zniekształcającego zapalenia stawu kolanowego. Usunięte ciało obce leżało zupełnie wolno w górnym uchyłku stawu. Zastanawiając się nad etjologią tej sprawy wskazuje Kol. T. na *Arthritis deformans, osteitis dissecans, osteochondrosis.*

W dyskusji zabierali głos Kol. Kotarski i Witkowski.

3. Kol. Osiński i Welfe wygłosili referat *o leczeniu róży przez naświetlanie promieniami Roentgena* i wskazali na wielką doniosłość i przewagę tej metody nad innemi sposobami leczenia róży. Wszystkie leczone przez nich przypadki należały do bardzo ciężkich, a wystarczało jednego lub dwóch naświetlań, aby sprawa chorobowa zupełnie ustąpiła, czego nie można było osiągnąć innym sposobem leczenia.

Prelegenci uważają metodę tę za skuteczną przy leczeniu róży i zachęcają bardzo kolegów do leczenia chorych właśnie tym sposobem. (Streszczenia swego referatu nie nadesłali).

W dyskusji zabierali głos Kol.: Trawiński, Lipski, Wołkowicz, Ryder, Nunberg i Kosibowicz, oraz Kol. Welfe i Osiński w sprawie wyjaśnień.

4. Kol. Witkowski: (Z kazuistyki zakażeń poporodowych), opisuje z Zakładu Położniczego P. K. Ch. przypadek *wyzdrowienia z ciężkiego zakażenia poporodowego,* leczonego zapomocą dożylnego stosowania trypaflawiny, oraz domięśniowo surowicy przeciw gorączce połogowej z Państwowego Instytutu Higjeny. Bakterjologicznie we krwi chorej stwierdzono obecność streptokoka hemolitycznego w dużej ilości.

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 19 lutego 1930 r.

Zebranie zagaił Prezes Towarzystwa Kol. Suchodolski wspominając o zmarłym w Warszawie ś. p. D-rze Brunonie Ruczyńskim członku T-wa Lekarskiego od roku 1922, byłym członku sądu koleżeńskiego, Zarządu i Komisji Rewizyjnej. Pamięć zmarłego obecni uczcili przez powstanie, a zamiast kwiatów na grób, urządzono dobrowolną składkę na fundusz zapomogowy dla wdów i sierot po zmarłych lekarzach.

1. Kol. N u n b e r g przedstawia dziecko, u którego leczono *empyema pleurae* metodą konserwatywną ze znaczną poprawą i zniknięciem wysięku, wspominając o epizodycznym napadzie kaszlu u leczonego, po którym wykrztuszało ropną wydzielinę przez parę dni.

W krótkiej *dyskusji* zabierali głos: Kol. O s i ń s k i, Z a l z, P u t e r m a n n.

2. Kol. Z a h o r s k i przedstawia przypadek *żółtaczki powikłanej nagłem wystąpieniem ciężkiego samozatrucia z objawami mózgowemi oraz ze skazą krwotoczną.* U chorej przyjętej do szpitala w 61 dniu trwania żółtaczki wystąpiły po paru dniach silne bóle neuralgiczne w prawej części twarzy, w 9-ym dniu okazały się na skórze obfite plamy krwotoczne, oraz *haematuria,* w 11-ym dniu objawy mózgowe jak drgawki, utrata przytomności, wymioty. Wśród krótkotrwającego bezmoczu zauważono zwisający z cewki moczowej skrzep, których większą ilość usunięto przez ugniatanie wypełnionego nimi pęcherza. W ciągu paru dni ustąpił bezmocz, a następnie inne objawy chorobowe, chora wyzdrowiała. Kol. K o t a r s k i przypuszcza, że miało się tu do czynienia z *cholecystitis* i *cholangitis chron.* z zakaźnem ograniczonem zadrażnieniem otrzewnej.

Kol. T r a w i ń s k i zaznacza, że odbarwione w tym wypadku stolce wskazują na pewien moment mechanicznego utrudnienia odpływu żółci.

3. Kol. B i e ń k o w s k i demonstruje 9-ciu chorych (z 14 operowanych w ciągu półrocza) *po operacjach wycięcia wola,* podając w krótkości sposób operowania: stosuje się znieczulenie miejscowe, cięcie kołnierzowe, wycięcie klinowe obustronne mięśni tarczycy z podwiązaniem tylko górnych tętnic tarczycowych, w ten sposób gruczoły przytarczycowe zachowane, nerw krtaniowy dolny nietknięty, odżywianie pozostałej części tarczycy zapewnione. Ranę pooperacyjną zaszywa się niemal zawsze na głucho. Przebieg pooperacyjny z wygojeniem *per primam* — trwa przeciętnie 10 dni.

4. Kol. T r a w i ń s k i: omawia *przypadek kamicy dróg moczowych,* demonstrując chora, której kamienie usunięto, i zdjęcia rentgenowskie. Chora lat 28, miała 3 kamienie w nerce (miedniczce) prawej i 1 kamień pod śluzówką pęcherza moczowego u wylotu moczowodu lewego, dający obraz cystoskopowy zw. *„Uretrocele"*. Najpierw zaatakowano kamień w *uretrocele.* Po 3-ch seansach wewnątrz-pęcherzowego przyżegania (pod kontrolą cystoskopu) zapomocą diatermji, udało się wywołać powstanie dostatecznie głębokiego strupa, który potem odpadł, a kamień wypadł do pęcherza i „urodził się" drogą naturalną.

Potem na drodze operacyjnej *(pyelotomia)* usunięto z miedniczki nerkowej 3 pozostałe kamienie, które dawały bóle i stany podgorączkowe. Podczas operacji stwierdzono na przedniej powierzchni nerki ograniczony jak się okazało, nie komunikujący z miedniczką i moczowodem, ropień, który opróżniono, założywszy następnie sączki gazowe.

Przebieg pooperacyjny pomyślny, chora wyzdrowiała, rana zagojona. Próba barwikowa obu nerek stwierdziła ich czynność prawidłową. (autoref.).

5. Kol. T r a w i ń s k i w zast. Kol. L i p n i c k i e g o w dalszym ciągu wypowiada *rozważanie chirurga w pewnym wypadku raka wargi* usuniętego u chorej lat 45, u której wykonano plastykę wargi dolnej. Przed 8 miesiącami spostrzeżono u chorej drobne strupki na czerwieni wargowej, utrzymujące się uporczywie, po miesiącu wzięto próbny wycinek, w którym badanie histopatologiczne cech nowotworowych nie wykazało, odczyn Wassermanna był ujemny. Przed miesiącem spostrzeżono po raz pierwszy powierzchowny drobny ubytek nabłonka, a w ponownie wziętym wycinku stwierdzono utkanie raka.

W dyskusji Kol. S z t u k a wyjaśnia, że anatomopatolog wykonuje badanie z otrzymanego do badania materjału, który nieraz zbyt powierzchownie wycięty, uniemożliwia rozpoznanie sprawy.

Kol. P o z n a ń s k i podkreśla ważność brania dostatecznie głębokich wycinków próbnych do badania histopatologicznego.

W dalszym ciągu nad demonstrowanemi przypadkami zabierają głos: Kol. W e l f e, C z a r s k i, P u t e r m a n, W a s s e r c w a j g, N a s i ł k o w s k i i Kol. M o l i c k i.

Kol. T r a w i ń s k i wyjaśnia, że operowano tylko przypadki *struma simplex* a wskazaniami do operacji były: wielkość guza oraz objawy ucisku na tchawicę i naczynia krwionośne. Chorzy operowani pochodzili z okolic Kieleckiego.

VI. Kol. K o n o p k ó w n a wygłasza referat o *operacyjnem leczeniu znacznej krótkowzroczności.* Przy krótkowzroczności powyżej 15 dioptryj szkła mało poprawiają siłę wzroku. Dr. F u k a l a w Wiedniu przed 35 laty zaproponował leczenie tak znacznej krótkowzroczności sposobem operacyjnym. Operacja ta składała się z 2-ch zabiegów: 1-szy miał na celu wywołanie zmętnienia soczewki (katarakty). 2-gi usunięcie tej katarakty.

Sposób ten miał dużo ujemnych stron i nie doprowadzał do zamierzonego celu. Dlatego też Dr. K o z ł o w s k i w Kijowie w roku 1903, a Dr. S a t t l e n w Niemczech ,zaczęli usuwać soczewki przeźroczyste, nie wywołując ich zmętnienia. Wyniki tych zabiegów były bardzo pomyślne, bardzo często oko po operacji stawało się emetropowe i chory widział po operacji bez szkieł lepiej, aniżeli przed operacją ze szkłami.

Dlatego też w wypadkach wielkiej krótkowzroczności, nie powikłanych dużemi zmianami na dnie oka, należy stosować ten sposób operowania.

Demonstrowano 2 przypadki: jedna pacjentka była operowana przed kilku laty, przed operacją miała 15 D. miopji. Ostrość wzroku w obu oczach wynosiła 1/12 przy szkłach — 12 D. Obecnie ma *Visus* — 5/10, swobodnie czyta książki bez szkieł. Druga pacjentka ze zmianami na dnie oka *(chorioideitis, cataracta capsularis)* V — 1/100 w obu oczach.

Miała operowane w zeszłym roku prawe oko, obecnie siła wzroku wynosi 4/10 bez szkieł. W kilka miesięcy operowano lewe oko, lecz wystąpiło *ablatio retinae,* ponieważ pacjentka wkrótce po operacji wzięła się do ciężkiej pracy fizycznej.

7. Kol. N a s i ł o w s k i referuje o przypadku *meningitis purulenta pneumococcica fulminans* u chłopca 8-mio letniego, który rano zaczął się skarżyć na ból głowy, raz dostał wymiotów, o 3 popołudniu stracił przytomność, badany o 8-ej wykazuje ciepłotę podniesioną, tętno przyśpieszone, źrenica nierówna, na światło nie oddziaływuje, sztywności w karku niema, objaw Kerniga słabo zaznaczony. Nakłucie lędźwiowe (koło godz. 9-tej) dało płyn mętny, zielono-żółty, dość wodnisty. Badanie cytologiczne wykazało obecność bardzo licznych ciałek białych wielojądrzastych). Badanie bakterjoskopowe (wykonał Kol. S z t u k a), wykazało obecność pojedynczych pneumokoków. Kol. N a s i ł o w s k i uznaje ten przypadek jako pierwotne zapalenie opon mózgowych, wywołane przez pneumokoki. Przytacza następnie dane z piśmiennictwa o zapaleniu opon mózgowo rdzeniowem pneumokokowem.

Kol. P u t e r m a n w *dyskusji* przypomina, że pneumokok przechowuje się u wielu osobników zdrowych w jamie ustnej i nosowogardzielowej jako saprofit, który w warunkach dlań sprzyjających stać się może chorobotwórczym, atakując czyto *per continuitatem,* czyto za pośrednictwem krwi, lub limfy ten lub ów narząd.

Meningitis pneumococcica spostrzegano podczas lub po przebyciu zapalenia płuc krupowego, w chorobach nosowogardzielowych, usznych, endokardjalnych. Kol. P. opublikował przypadek przerzutowy zakażenia pneumokokowego po przebytem zapaleniu płuc krupowem z licznemi ropniami skóry, powstałemi drogą hematogenną. W ropniach stwierdzono czystą hodowlę pneumokoków.

W przypadku Kol. N a s i ł o w s k i e g o być może jakaś utajona sprawa pneumokokowa była punktem wyjścia do zaatakowania opon mózgowo-rdzeniowych.

Kol. T r a w i ń s k i wspomina również o zaobserwowanym przypadku posocznicy pneumokokowej z abscesami.

Kol. N a s i ł o w s k i w odpowiedzi podaje, że w anamnezie nie stwierdzono żadnych ze wspomnianych spraw chorobowych na tle pneumokokowem. Z powodu późnej pory Kol. M o l i c k i odłożył zapowiedziany referat do przyszłego posiedzenia.

P r o t o k ó ł Z e b r a n i a N a u k o w e g o z dnia 21 marca 1931 r.

Zebranie zagaił Prezes Kol. S u c h o d o l s k i.

1. Kol. N a s i ł o w s k i demonstruje dziecko 4-letnie pokazywane w roku 1928 z *anemją i powiększeniem śledziony.*

2. Kol. T r a w i ń s k i przedstawia pacjenta po operacji *bursitis trochanterica tuberculosa,* badanie histopatologiczne wycinków cech sprawy gruźliczej nie wykazało.

W krótkiej *dyskusji* zabierali głos: Kol. R y d e r, W o ł k o w i c z, Z a l c i L i p s k i.

3. S e k r e t a r z odczytuje protokół z poprzedniego zebrania, który z poprawką Kol. N a s i ł o w s k i e g o przyjęto.

4. Kol. M o l i c k i wygłasza referat: *„Gruźlica w Sosnowcu i wytyczne do walki z nią".* Przytoczywszy na wstępie zasady edynburskiego schematu organizacji walki z gruźlicą, wskazał, że zasady te w naszych warunkach ekonomicznych nie mogą mieć w całości zastosowania.

Przy należytej rozbudowie szpitalnictwa w Anglji, przy warunkach, gdzie głód mieszkaniowy niemal nie jest znany, zasady Philipa mogą mieć najlepsze zastosowanie i mogą opierać się na przychodniach przeciwgruźliczych. Na tablicach i wykresach prelegent wykazuje jak wysoką jest śmiertelność na terenie miasta

Sosnowca, w porównaniu z innemi miastami Europy Zachodniej i Polski. Omawia przyczyny tego stanu związane ze specjalnym charakterem Sosnowca, mogącym być porównanym tylko z Łodzią, gdzie jednak nastąpiła pod tym względem znaczna poprawa, czego o Sosnowcu powiedzieć nie można. Jako przyczynę znacznej śmiertelności (20,2 — na 1000 m. w 1925) wskazuje na gruźlicę.

Na tablicy porównawczej śmiertelności na gruźlicę dla Warszawy i Sosnowca ten stosunek na niekorzyść Sosnowca wyraźnie występuje.

Omawiając przyczyny zgonów z powodu różnych spraw chorobowych od roku 1910, wskazuje, ilustrując wykresami, że procent zgonów z powodu chorób niezakaźnych stale wzrasta, odsetek zaś zgonów z powodu chorób zakaźnych zmniejsza się, za wyjątkiem gruźlicy, gdzie śmiertelność wzrasta do 31 na 1000, w roku 1926.

Przyczyny tego zjawiska widzi w tem, że chorzy nie są izolowani, a z gruźlicą na terenie m. Sosnowca dotychczas nie prowadzono walki. Najlepszą ilustracją dla zrozumienia przyczyny szerzenia się gruźlicy jest fakt, że na 400 zgonów na gruźlicę w 1926 r. tylko 94 zmarło w szpitalu. Dane z Przychodni przeciwgruźliczej wskazują, że z pośród osób z otwartą gruźlicą będących w ewidencji Przychodni, zaledwie 31% śpi w osobnem łóżku, reszta t. j. 69% śpi z rodziną we wspólnem łóżku (2—3 osoby, 2 rodziny w 1 ubikacji, 4 rodziny w 1 ubikacji).

Tu jest największe zło, bo najlepsze nawet uświadomienie chorego i otoczenia o niebezpieczeństwie zakażenia, plucie do hermetycznych spluwaczek nie usunie możności zakażenia, wobec istnienia zakażenia kropelkowego. Tylko izolacją może temu zapobiec, a tej na przeszkodzie stoi brak odpowiedniego szpitala.

Obliczenie prelegenta z oddziału dziecięcego Szpitala Powszechnego w Sosnowcu przy wykonywaniu odczynu skórnego Mantoux wszystkich dzieci w 1927 wykazało 84.2% dzieci na terenie Sosnowca w wieku od $^1/_2$ roku do 15 lat obarczonych gruźlicą.

To samo badanie w Domu Niemowląt (podrzutki i dzieci nieślubne) wykazało 27% obarczonych gruźlicą.

W ostatnich czasach procent ten spadł na 14%—16%.

Reasumując dane dochodzi do wniosku, że najpilniejszą potrzebą jest wybudowanie oddziału dla gruźlików.

Jako dalszy etap w walce z gruźlicą — uważa przychodnię przeciwgruźliczą i ośrodki zdrowia (poradnie dla matek i dzieci, dentystyczne i t. p.) budowę boisk sportowych przy ośrodkach zdrowia.

Wychodząc z tego założenia staje prelegent wobec T-wa Lekarskiego z pytaniem, jaki T-wo Lekarskie ma pogląd na celowe użycie przeznaczonej w budżecie miasta na rok 1930/31 sumy 25.000 zł na walkę z gruźlicą. Podaje myśl, czy nie lepiej użyć tych pieniędzy na budowę oddziału dla chorych gruźliczych na 50 łóżek, czy też kwotę tę użyć na poradnię przeciwgruźliczą.

Dodaje zarazem, że przy subsydjum przyrzeczonem przez Departament Służby Zdrowia w wysokości kwoty, jaką daje miasto, w ciągu 2 lat może powstać taki oddział dla 80 łóżek.

Przytacza wkońcu opinję Komitetu Dni Przeciwgruźliczych, który stanął na stanowisku, że należy wszcząć wytężoną akcję w kierunku zbudowania dla chorych gruźliczych szpitala w celach leczniczych i izolacyjnych.

W ożywionej *dyskusji* zabierali głos Kol.: Z a h o r s k i, W o ł k o w i c z, L i p s k i, K o t a r s k i, P o z n a ń s k i, W i t k o w s k i, R y d e r, Z d a n o w i c z, S u c h o d o l s k i, dochodząc do wniosków ogólnych, że istnienie i rozszerzanie działalności przychodni przeciwgruźliczych jest dla stosunków tutejszych koniecznem, prócz tego jednak należy dążyć do stworzenia szpitala dla chorych gruźliczych w celach izolacyjnych i leczniczych na terenie miasta Sosnowca i całego Zagłębia Dąbrowskiego.

Dla dokładniejszego omówienia stanowiska T-wa Lekarskiego w sprawie najracjonalniejszego zużytkowania sumy przeznaczonej na cele walki z gruźlicą wyznaczonej w budżecie miasta Sosnowca na rok 1930/31, wybrano komisję, w skład której weszli Koledzy: R y d e r, Z a h o r s k i, P o z n a ń s k i, Z a m i e ń s k i, W o ł k o w i c z, F a l i ń s k i i Kol. M o l i c k i, jako wnioskodawca.

W dyskusji Kol. W o ł k o w i c z wspomniał, że T-wo Lekarskie w dobie przedwojennej sprawę walki z gruźlicą poruszało, przypominając między innemi o inicjatywie w sprawie szpitala i budowy sanatorjum dla gruźliczo chorych w okolicach Olkusza.

Z powodu późnej pory odczyt Kol. I n g s t e r a nie odbył się, natomiast Kol. P o z n a ń s k i przytoczył następujące przypadki interesujące ze swej praktyki laryngologicznej:

1) *Angina — Błonica.* Dziecko 2-letnie zachorowało na gardło, wezwany felczer stwierdził anginę i zastrzyknał omnadynę, ponieważ następnego dnia stan chorego się pogorszył wezwano lekarza, który polecił zdjąć nalot celem zbadania mikroskopowego. Badanie wykazało anginę. Ponieważ stan się nie poprawił, Kolega wezwał prelegenta na naradę. Klinicznie stwierdził błonicę, a badanie poraz drugi zdjętego nalotu wykazało zarazki Löfflera. Dziecko wyzdrowiało.

Zachodzi pytanie, dlaczego pierwotna analiza nalotu wykazała anginę, powtórna zaś błonicę. Możliwie, że przy pierwszem badaniu nie zdjęto nalotu, a wzięto tamponem materjał z niewłaściwego miejsca, albo początkowo była angina, która była podłożem, pożywką, na której powstała błonica.

2) Obce ciało w krtani dało powód do mylnej diagnozy *błonicy i zapalenia płuc.* Dziecko 4-letnie po obiedzie dostało ataku duszności i kaszlu, a po kilku godzinach chrypki. Lekarz wezwany podejrzewając błonicę polecił zastrzyknąć surowicę przeciwbłoniczą. Po powtórnym zastrzyku, który pozostał bez efektu, a ciepłota podniosła się do 39,7°, Kolega ów stwierdził zapalenie płuc. Na szósty dzień choroby wezwany stwierdził prelegent u dziecka, które odczuwało ból przy połykaniu pokarmów, obce ciało — ścięgno mięsa w wejściu do gardzieli w *spatium interarytenoideum.* Po usunięciu obcego ciała, następnego dnia obrzęk krtaniowy zmalał, duszność i bóle ustąpiły na 4-ty dzień całkowicie, pozostało zapalenie płuc, jako komplikacja, o przebiegu pomyślnym. Przy objawach duszności i chrypki u dzieci należy w miarę możności laryngoskopować i dopiero po stwierdzeniu właściwej przyczyny tych objawów zalecić odpowiednią kurację.

3) *Carcinoma labii inferioris:* 2 lata temu zgłosił się do prelegenta pacjent lat 35 z małą brodawką, którą już miał od dwu lat, na dolnej wardze. Naciek dookoła brodawki budził podejrzenie w kierunku raka. Pacjent jako niezamożny, operowany został w szpitalu powszechnym — gdzie usunięto brodawkę, po operacji pozostała zaledwie mała blizenka.

Obecnie chory zgłosił się z powodu dużego powiększenia gruczołów chłonnych na szyi, w okolicy dużych naczyń krwionośnych, które są niczem innem jak przerzutami rakowemi. Chory poprzednio po stwierdzeniu powiększonych gruczołów był naświetlany promieniami Roentgena.

4) *Lues — scleroma:* Mężczyzna lat 40 dostał ataku duszności i lekarze stwierdzili dychawicę sercową, stan się poprawił po zastosowaniu odpowiednich środków nasercowych.

Wezwany dla zbadania nosa (pacjentowi swego czasu usuwano polipy) stwierdził prelegent *rhinitis sicca* ze strupami, w gardle zaś rozległy proces destrukcyjny z perforacją miękkiego podniebienia, w krtani zaś zgrubienie prawdziwych strun głosowych. Rozpoznanie lues III. Badanie krwi na odczyn Wassermanna ujemne. Przypuszczalnie w płynie mózgowo-rdzeniowym byłby wynik dodatni.

Chory nie godząc się na diagnozę prelegenta, udał się do laryngologa w Katowicach, który powtórzywszy badanie wyraził przypuszczenie, że ma się tu do czynienia z twardzielą krtani.

Chory udał się do Wiednia, gdzie diagnoza lues III. utrzymała się.

5) Dysfagja przy *t. b. c. laryngis:* jest jedną z bardzo przykrych dla chorego i rujnującą jego stan komplikacją.

Celem usunięcia tego bólu są podawane różne sposoby jako to:

1) Wstrzykiwanie dokrtaniowe środków znieczulających: kokaina, alypina i t. d.

2) Znieczulanie podśluzowe krtani.

3) Przecięcie *n. laryngeus superior.*

4) Dokrtaniowy zastrzyk alkoholu.

5) Zastrzyk 85% alkoholu podgrzanego do 45° w *n. laryngeus superior.*

Wykonywa się w ten sposób, że w kącie między *os hyoideum* i *m. sternocleidomastoideus* 1—$1^1/_2$ cm. wkłada się igłę i robi się próbę zastrzyku, o ile chory odczuwa silny ból w uchu odpowiedniej strony, to wstrzykuje się w tym kierunku 1—2 cm^3 alkoholu. Efekt może być krótki, a bardzo często stały.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 9 kwietnia 1930 roku.

1) Kol. T r a w i ń s k i demonstruje preparat: wyrostek robaczkowy w stanie głęboko sięgających zmian zapalnych ostrych, usunięty operacyjnie, który dawał przebieg „typu podstępnego". Mianowicie przy doskonałym ogólnym stanie pacjentki, chorej od 3-ch dni z ciepłotą prawie normalną, kolidowało tętno o częstości 90 na 1'. W miejscu kątnicy bolesność względnie mała, lecz wyraźna. Objawy wydały się bardzo podejrzane, istotnie w 4 godziny potem wystąpiły żywe bóle, a ciepłota wzniosła się do 38,2. Operacja natychmiastowa, znaleziono wyrostek przedziurawiony, a w otoczeniu ropę. Wypadło jamę brzuszną sączkować. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

W dyskusji nad pokazem Kol. T r a w i ń s k i e g o, Kol. P u t e r m a n przytacza przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego

z objawami niezbyt groźnemi (normalna ciepłota, odpowiednie tętno) gdzie zabieg chirurgiczny z powodu perforacji, okazał się już spóźnionym, natomiast przypadki o przebiegu burzliwym skończyły się pomyślnie bez interwencji chirurgicznej. Wobec tego, zdaniem mówcy, interniści znajdują się nieraz w położeniu kłopotliwem odnośnie do terminu kierowania danego przypadku do ewentualnego zabiegu chirurgicznego. Ostatnio też każdy przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego mówca odrazu kieruje do chirurga.

W dalszej dyskusji zabierali głos Kol. Kol. Osiński, Nasiłowski, Czarski, Suchodolski, Trawiński, Poznański.

2) Wspominając o przypadku anginy o infekcji mięszanej, omówionym na poprzedniem zebraniu przez Kol. Poznańskiego, Kol. Puterman przytacza opublikowany przezeń w roku 1909 przypadek anginy błoniczej, powikłanej anginą Plaut-Vincent'a (maczugowce Löfflera, *Corynebact. diphteriae)* i wrzecionowce oraz krętki).

Odczytanie protokółu.

3) W dalszym ciągu wygłasza Kol. Ingster referat: „Budowa ciała a charakter", który nadesłał w następującem streszczeniu:

Już oddawna usiłowali rozmaici badacze wyodrębnić pewne typy konstytucyjne. Jedni zwracali uwagę na właściwości cielesne ustroju inni na stronę psychiczną. Zasługa przerzucenia pomostu między wyodrębnionemi już dawniej typami somatycznemi i psychicznemi należy się badaczowi niemieckiemu — Kretschmerowi. Ten w pracy swej „Budowa ciała, a charakter", która poruszyła umysły psychologów i psychjatrów całego świata, udowodnił, że z pewnemi cechami cielesnemi idą zawsze w parze pewne cechy psychiczne. Aczkolwiek od I-go wydania dzieła Kretschmera dzieli nas zaledwie 9 lat, tezy zawarte w niem zostały już potwierdzone przez liczne badania psychjatrów całego świata.

Doszedł Kretschmer do swojej koncepcji przez spostrzeżenia zebrane na psychicznie chorych. Badając chorych na schizofrenję z jednej strony, a chorych na psychozę manjakalno-depresyjną z drugiej (Kol. Ingster bliżej scharakteryzował te psychozy) zauważył, że schizofrenikom odpowiada głównie budowa ciała smukła, zbliżona do astenicznej, mniej często występuje u nich budowa atletyczna albo też dysplastyczna, do której Kretschmer zalicza *eunuchoidismus, infantilismus, dystrophia adiposogenitalis* i inne, o nieprawidłowem wydzielaniu wewnętrznem.

U chorych na psychozę manjakalno-depresyjną stwierdził: budowę tak zw. pikniczną, odznaczającą się szerokiemi wymiarami i obszernemi jamami ciała, a więc stosunkowo dużą głową, szeroką klatką piersiową i dużą objętością brzucha przy stosunkowo wątłych kończynach i dobrem ukrwieniu skóry. Typ ten odpowiada mniej więcej *habitus apoplecticus.*

Badając życie schizofreników i chorych na psychozę manjakalno-depresyjną w okresach przed wybuchem choroby, doszedł Kretschmer do wniosku, że właściwie psychoza jest u nich tylko koncentracją i niejako wyolbrzymieniem wrodzonych cech charakteru. Dlatego też wprowadził stopniowanie takie, licząc od psychozy do okresu normalnego:
z jednej strony:

Schizofrenja ——→ schizoidja ——→ schizotymja,

z drugiej:

Psychoza cykliczna ——→ cykloidja ——→ cyklotymja.
(czyli Psychoza manjakalno-depresyjna).

U schizotymików, a więc u indywiduów, u których może, ale bynajmniej nie musi powstać schizoidja, względnie schizofrenja, charakterystyczne jest przedewszystkiem nastawienie anty — albo asocjalne. Są oni z natury chłodni, samolubni, obojętni na dolę swoich bliźnich, często są leniwi i mało przedsiębiorczy. O ile cechy te przekroczą pewną miarę, dojdziemy już do schizoidalnego, trudno dającego się zwalczyć stronienia od ludzi, mizantropji, a nawet do negatywizmu. Pod względem uczuciowym, wahają się oni między chłodem, a nadwrażliwością, między odrętwieniem a przesadną swawolą. W swoich zapatrywaniach odznaczają się często przesadą. Rozmaici przesadni idealiści z niezłomnemi zasadami życiowemi rekrutują się z pośród nich.

Na ogół odznaczają się skrytością i nieszczerością. Są w pożyciu z ludźmi trudni i źle dostosowują się do otoczenia. Ich silną stroną jest konsekwencja i wytrwałość w dążeniach do celu, a także w sprawach uczuciowych. Wszelkie charaktery skomplikowane, mistyczne należą do schizotymicznego typu.

Z drugiej strony mamy typy cyklotymiczne. wybitnie towarzyskie, szczere, świetnie dostosowujące się do otoczenia, o usposobieniu pogodnem i wesołem, wielomównych i dowcipnych, w towarzystwie z powodu wrodzonej życzliwości lubianych. Ich słabą stroną jest skłonność do ekscesów wszelkiego rodzaju. O ile wspomniane cechy przejdą pewną miarę, mamy już do czynienia z hipomanją, względnie manją. Do grupy cyklotymicznej należy też typ skłonny do depresji. Ale nawet u tego typu zauważymy szczerość i zrozumienie humoru, a przedewszystkiem poczucie obowiązku i pracowitości.

Usposobienie cyklotymiczne waha się między wesołością, a smutkiem. Ponieważ pewnym cechom psychicznym odpowiadają pewne określone cechy cielesne zdawaćby się mogło, że możemy na zasadzie analizy cech somatycznych stawiać odrazu diagnozę co do cech charakterologicznych. I rzeczywiście udaje się to do pewnego stopnia, ale nie wolno nam zapominać, że w naturze niema typów czystych i musimy zawsze brać pod uwagę i dziedziczność, t. j. zbierać dane co do cech somatycznych i psychicznych u jak największej liczby krewnych badanego. Im lepiej będzie nam znana charakterologja genealogiczna, tem lepiej będziemy mogli wnioskować co do charakteru badanego.

Dyskusja.

Kol. Suchodolski uważa, że tezy Kretschmera wydają mu się bardzo ciekawe, ale jednostronne i wyryty jest na nich głęboko sposób myślenia psychjatryczny. Słuchając wywodów prelegenta odnosi się wrażenie, że wszyscy wokoło są mniej lub więcej umysłowo chorzy.

Kol. Czarski uważa, że spostrzeżenia Kretschmera mają przełomowe znaczenie w psychologji. Jako przykład jak dalece autor „Budowa ciała, a charakter" jest popularny, przytacza fakt, że przed zapowiedzianym odczytem Kretschmera we Wiedniu zebrał się przed salą wykładową taki tłum ludzi, że Kretschmer nie mógł się dostać do sali i musiano odczyt odroczyć.

Kol. Czarski przytacza przykłady, potwierdzające słuszność teorji Kretschmera i jej znaczenie w stosunku do kobiet.

W dyskusji nad referatem kol. Ingstera, kol. Puterman zaznacza, że treść odczytu nie odpowiada tytułowi, że prelegent zbyt długo zatrzymał się nad patologją odnośnych typów, małą stosunkowo zwracając uwagę na typy normalne w zależności od ich budowy.

Zdaniem mówcy, najdobitniej zaznacza się charakter danego osobnika w zależności od funkcji hormonalnej. Pod tym względem znaczną rolę odgrywają hormony płciowe i ich wpływ korelacyjny na funkcję całego układu gruczołów wkrewnych. Wobec tego, że gruczoły płciowe zawierają podwójne elementy: męskie i żeńskie, charakter danego osobnika zależeć będzie od przewagi tych lub owych elementów. Znane też są typy mężczyzn o skrajnej zniewieściałości i kobiet o skrajnej męskości (hic mulier), oraz cały szereg pośrednich typów.

Kol. Ficenes wspomina o tem, że teorja Lombrozo, która miała swego czasu wielu zwolenników, po trochu upadła. Nakazana więc jest ostrożność w stosunku do teorji Kretschmera.

Kol. Ingster odpowiada Kol. Putermanowi, że musi mu przyznać rację, że w ujęciu pracy Kretschmera za dużo mówi o stronie psychjatrycznej jego dzieła, a za mało o samej charakterologji. Stało się to dzięki pośpiechowi, do którego był zmuszony późną porą, w której doszedł do głosu. Co do wydzielania wewnętrznego, sam Kretschmer w swej pracy dużo o niem mówi, ale Kol. Ingster nie uważa, żeby wyłącznie od wydzielania wewnętrznego zależał charakter człowieka. Raczej wydzielanie wewnętrzne i konstytucja ciała i ducha zależą od pewnej komponenty ogólniejszej, której należy szukać już w plaźmie rozrodczej.

Kol. Czarskiemu i Kol. Ficenesowi odpowiada referent w sprawie konstytucji kobiet, że pod wpływem pracy Kretschmera badano i ten problem. Zauważono naprzykład, że *dysmenorrhoea* przeważnie — w 90% występuje u typów schizotymicznych.

Tak zwane typy interseksualne Mathesa również należą do schizotymiczek.

Co się tyczy teorji Lombroso, wiele z niej się utrzymało do dziś.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zjazd Związku lekarzy polskich w Warszawie. Z Warszawy donosi (Mt). W lokalu Resursy Obywatelskiej odbył się dwunasty doroczny Walny Zjazd Związku lekarzy Państwa Polskiego. Związek ten liczy obecnie 5.400 członków na ogólną liczbę 10.000 lekarzy w całym kraju. Przybyło 180 delegatów ze wszystkich dzielnic. Zagaił prezes zarządu głównego dr. Falkowski, poczem na przewodniczącego powołano dra Adama Karwowskiego z Poznania. Sprawozdanie z działalności Związku podał sekretarz gener. dr. Załuska, stwierdzając stały rozwój organizacji. Następnie dokonano wyboru władz Związku. Wieczorem odbył się raut towarzyski w salonach Resursy.

Nowe władze Uniwersytetu warszawskiego. Na odbytem onegdaj posiedzeniu senatu akademickiego uniw. warszawskiego, rektorem na rok akademicki 1931/32 wybrany został prof. filozofji dr. Jan Łukasiewicz, b. rektor w roku 1922/23. Zgodnie z ustawą o szkołach akademickich, prorektorem został rektor z roku ubiegłego, prof. Michałowicz. Na zebraniach rad wydziałowych dziekanami zostali wybrani: Wydział Teologji Katol. prof. nadzw. ks. Fran. Rosłaniec, dziekanem wydziału teolog. ewangielickiego prof. ks. Lic. Jan Szeruda, dziekanem wydziału prawa prof. Józef Rafacz, dziekanem wydz. lekarskiego prof. dr. Ludwik Paszkiewicz, dziekanem wydz. humanistycznego prof. Marceli Handelsmann, dziek. wydz. matematyczno-przyrodniczego prof. Stef. Mazurkiewicz (ponownie), dziekanem wydz. farmaceutycznego prof. inż. Adam Kos, dziekanem wydz. weterynaryjnego prof. nadzw. dr. Konstanty Łopatyński.

Kraków.

Komunikat IV-go Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ginekologów. Krakowskie Towarzystwo Ginekologiczne donosi, że miejscowy Komitet urządzenia IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. zorganizował się definitywnie. W myśl uchwały Krak. Tow. Gin. z u. b. gospodarzem Zjazdu został prezes Krak. Tow. Gin., obecnie Doc. Dr. January Zubrzycki, sekretarzem Zjazdu Doc. Dr. Tadeusz Keller. Inni członkowie Komitetu Zjazdu objęli kierownictwo poszczególnych sekcyj Zjazdu. IV-ty Zjazd Pol. Tow. Gin. odbędzie się w dniach od 28-go do 30-go czerwca 1931 r. w Krakowie w salach Kliniki neurologicznej U. J. Tematy programowe w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Tow. Ginek. Pol. są następujące: I. Zaburzenia jajeczkowania i krwawienia mesiączkowe (Kraków). II. Hormony płciowe (Warszawa). III. Czy zachodzi potrzeba rewizji wskazań do cięcia cesarskiego (Lwów). Wszelkie zgłoszenia referatów na Zjazd, związanych z tematami programowemi i luźnych, proszę kierować do dnia 15-go maja b. r. pod adresem Komitetu IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. w Krakowie, Klinika położniczo-ginekologiczna U. J. Kopernika 7. Tamże należy kierować wszelkie zapytania. W dniach Zjazdu, w lokalu zjazdowym urządzona będzie wystawa lekarsko-farmaceutyczna. Zakłady i firmy, reflektujące na uzyskanie miejsc dla swych eksponatów, zechcą również zgłosić się pod adresem Komitetu najpóźniej do dnia 1-go czerwca b. r. Wcześniejsze zgłoszenia pożądane. Komitet projektuje w ramach Zjazdu cały szereg wycieczek do miejsc klimatycznych, udogodnienia kwaterunkowe oraz zniżki kolejowe. Równocześnie przypominamy uchwałę Pol. Tow. Gin. z dnia 28-go września 1929, w myśl której skład Wydziału Pol. Tow. Gin. jest następujący: Prezes: vacat, zastępca prezesa Prof. Dr. Władysław Jakowicki, pierwszy sekretarz Doc. Dr. Tadeusz Keller, drugi sekretarz Dr. Wacław Zaleski, skarbnik Dr. Bruno Wojciechowski, członkowie zarządu: Dr. Ada Markowa, Dr. Jan Szancenbach, Doc. Dr. Józef Szymanowicz, Doc. Dr. January Zubrzycki, członkowie komisji rewizyjnej: Dr. Adam Ackerman, Dr. Ludwik Friedmann, Dr. Tymoteusz Piotrowski. Poza tem uchwalono, że członkowie Pol. Tow. Gin. zobowiązani są do składania 10 zł rocznie na rzecz Pol. Tow. Gin. Składkę mają zbierać skarbnicy poszczególnych Towarzystw Gin. i przekazywać skarbnikowi Pol. Tow. Gin. Prosimy Skarbników poszczególnych Towarzystw Gin., aby składki z roku 1930 i 1931 w łącznej sumie 20 zł od każdego członka byli łaskawi przesłać do 1-go czerwca 1931 r. na ręce skarbnika Pol. Tow. Gin. Dra Bruna Wojciechowskiego (Kraków, Siemiradzkiego nr. 1). Dokładny program Zjazdu rozesłany będzie w odpowiednim czasie. Gospodarz Zjazdu: (—) *Doc. Dr. January Zubrzycki.* Sekretarz Zjazdu: (—) *Doc. Dr. Tadeusz Keller.*

Otwarcie nowego oddziału ginekolog.-położniczego w państw. szpitalu św. Łazarza w Krakowie. W ostatnich dniach odbyło się uroczyste otwarcie nowego oddziału ginekologiczno-położniczege państw. szpitala św. Łazarza w Krakowie. Na otwarcie przybyli bardzo licznie zaproszeni goście. Przybył in corpore wydział lekarski U. J. z dziekanem prof. drem Lewkowiczem na czele. Akademję Umiejętności reprezentował rektor Kostanecki. Z ramienia rządu przybyli wicewoj. Bilek, dyr. woj. urz. zdrowia dr. Salak, imieniem władz samorządowych: wiceprez. Schneider, fizyk dr. Owsiński, im. wojskowości dyr. szpitala garn. dr. Maciąg. Imieniem starostwa grodz. dr. Breyer. Im. Kasy chorych dr. Kolkiewicz. Im. Akad. Górn. prorektor Chromiński. Im. Izby skarbowej dr. Mazurkiewicz. Ponadto przybyło moc zaproszonych gości. Prócz profesorów uniwersytetu wydziału lekarskiego przybyli bardzo licznie lekarze krakowscy i prymarjusze oddziałów. Przybyłych gości przywitał dłuższem przemówieniem dyrektor szpitala dr. J. Topolnicki. W doskonale opracowanem przemówieniu przedstawił historję rozwoju szpitalnictwa w Polsce, a w szczególności szpitala św. Łazarza w Krakowie. Szpital św. Łazarza pozostawał zawsze w ścisłych stosunkach z wydziałem lekarskim krakowskiego uniw. Kształcił corocznie szeregi młodych lekarzy, ale również i szeregi pierwszorzędnych lekarskich sił naukowych i kierowniczych. Szpital św. Łazarza nie opływał nigdy w dostatki. Mimo to jednak dokonywał olbrzymiej pracy, lecząc corocznie tysiące chorych. W zeszłym roku np. leczył szpital św. Łazarza okrągło 20.000 chorych ,którzy zjeżdżają stale do Krakowa z trzech sąsiednich województw. W roku tym dokonano około pięć i pół tysiąca zabiegów operacyjnych. Mimo tego zaś, że szpital św. Łazarza przyjmuje bardzo wielu dogorywających już chorych, i że sama gruźlica otwarta daje bardzo wiele zgonów — śmiertelność ogólna wśród chorych nie sięgała w r. z. 6%. Cyfra ta mówi sama za siebie i świadczy o wysokim poziomie leczniczym i naukowym szpitala św. Łazarza. Napływ chorych do szpitala wzrasta stale. Szpital nie jest w stanie wszystkich pomieścić. Niejednokrotnie musi się przyjąć ciężko chorych, nie chcąc i nie mogąc ich zostawić na ulicy — i wówczas przepełnienie w szpitalu jest bardzo znaczne. To też możność rozbudowy szpitala i otwarcie nowych sal dla chorych posiada doniosłe znaczenie nie tylko dla samego szpitala, ale przedewszystkiem dla potrzebujących pomocy chorych, którzy będą obecnie mieli na nowym oddziele znakomite warunki, nie mające żadnego porównania z dotychczasowemi. Z kolei przemówił prof. dr. J. Zubrzycki, obecny dyr. kliniki ginekol. położ. U. J., a dotychczasowy prymarjusz oddziału ginekol. szpitala św. Łazarza. Prof. Zubrzycki jest właściwym twórcą nowego oddziału. Z niezachwianą energją, mimo olbrzymich trudności, zdołał jednak wykołatać w Warszawie pieniądze i w ciągu dwóch lat wybudować kosztem 350 tysięcy nowy oddział. Trudności techniczne były bardzo znaczne, ponieważ dotychczasowy oddział mieścił się w starych budynkach poklasztornych. Maleńkie cele, wązkie, ciemne, kurytarze klasztorne, brak dużych okien, brak światła, powietrza, sala operacyjna długa i szeroka na dwa metry — wszystko razem wymagało nadzwyczajnej energji, by w tych warunkach móc pracować. W warunkach tych pracował prof. Zubrzycki 8 lat. Obecnie wybudował nowy oddział według swych projektów, bardzo śmiałych zresztą i rozwiązujących doskonale niesłychanie trudne warunki miejscowe (budowy dokonała firma Staruszkiewicz i Ska). Obecnie oddział posiada śliczne, znakomicie wyposażone sale dla chorych, sale ambulatoryjne, dla Rentgena etc., ponadto salę porodową i salę operacyjną, bezsprzecznie najpiękniejszą w Krakowie. Dotychczas chore leżały w baraku, w drewnianym budynku mieszczącym się obok oddziału. W baraku tym w jednej sali, niskiej i dusznej, leżało rzędem obok siebie na łóżkach i na ziemi 60 chorych. Niemożność pracy w tych warunkach — niemożność jakichkolwiek badań naukowych, nie dawały spokoju prymarjuszowi, który z niezachwianą konsekwencją myślał i planował rozbudowę oddziału. Dzięki życzliwemu stanowisku ze strony zarządu i dyrekcji szpitala, Tymczasowych Władz Samorządowych, ale w pierwszym rzędzie poparciu dyrektora dep. samorządowego, dyr. Piestrzyńskiego, który mimo znanych ogólnie trudności finansowych umożliwiał finansowo kierownictwo budowy — mógł prof. Zubrzycki doprowadzić do końca rozpoczętą właściwie już przed trzema laty budowę nowego oddziału. W dalszym ciągu przemawiali jeszcze m. in. dziekan Wydziału lekarskiego prof. Lewkowicz, wiceprez. Dr. Schneider, wizytator ks. Misjonarzy Ks. J. Kryska i in. Po przemówieniach odbyło się poświęcenie, poczem dyr. Topolnicki i prof. Zubrzycki oprowadzali zaproszonych gości po nowym oddziele. Obecnie nowy oddział ginekol.-położniczy czeka na nowego prymarjusza. Prof. Zubrzycki nie spodziewał się, że oddział będzie budował nie dla siebie, lecz dla swego następcy. Na dwa tygodnie bowiem przed otwarciem nowego oddziału, objął dyrekturę kliniki ginek.-położn. U. J. Nowy oddział przeznaczony jest dla sześćdziesięciu kilku chorych. Sala w baraku będzie skasowana. Wszystkie chore znajdą pomieszczenie w nowych salach. Na oddziele zajętych jest piętnastu lekarzy z drem Uhmą na czele. Do czasu konkursu na nowego prymarjusza, kierownikiem jest jeszcze prof. Zubrzycki. Na otwarcie nowego oddziału z Warszawy nikt nie przyjechał. Min. Składkowski usprawiedliwił się telegraficznie, że zmiany w rządzie nie pozwalają mu wziąć udziału w tak dużej i ważnej uroczystości, ale zapewnia, że zawsze będzie jak najżyczliwiej odnosił się do krak. szpitala św. Łazarza.

Z Komitetu Organizacyjnego IX. Zjazdu Internistów Polskich. Komitet Organizacyjny IX. Zjazdu Internistów Polskich podaje do wiadomości Szanownych Panów Kolegów, że IX. Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w Krakowie w dniach od 24 do 27 września 1931 r. Jako tematy programowe wyznaczył ostatni Zjazd 1) Reumatyzm, 2) Hyperthyreozy. Prosimy uprzejmie o zgłaszanie pokrewnych powyższym tematom referatów, jako i referaty z wszelkich dziedzin medycyny wewnętrznej. Referaty po-

winny być przesłane wraz z dokładnym tytułem i ich streszczeniem (art. 14 Regulaminu) do dnia 23 lipca 1931 r. do Komitetu miejscowego na ręce prof. Dr. Józefa Latkowskiego, Kraków, ul. Pańska l. 5, celem umieszczenia referatu na porządku obrad. Przedewszystkiem uwzględnia się prace członków zwyczajnych i honorowych Towarzystwa Internistów Polskich. Członkiem zwyczajnym może być każdy lekarz, który został przyjęty przez Zarząd Koła lub przez Zarząd Główny w Warszawie po piśmiennem zgłoszeniu się. Bliższych informacji udziela Komitet Zjazdu, Kraków, ul. Pańska 5.

Lwów.

Doroczne Walne Zgromadzenie Członków Spółki Wydawniczej Lekarskiej odbędzie się dnia 28 czerwca 1931 r. o godzinie 10.30 przedpołudniem, w małej sali Izby handlowo-przemysłowej we Lwowie, ul. Akademicka 17. Porządek dzienny: 1) Zagajenie Przewodniczącego, 2) Sprawozdanie Dyrekcji za rok 1930. 3) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 4) Udzielenie absolutorjum za rok 1930. 5) Wybór uzupełn. 6) Rozdział zysków. 7) Wnioski i interpelacje. Sekretarz: Prof. Dr. *K. Bocheński*. Prezes: Prof. Dr. *M. Franke*. W razie braku kompletu następne Walne Zgromadzenie odbędzie się o godz. 11-tej, bez względu na ilość udziałów. O godz. 9.30 przedpoł. odbędzie się w tymże dniu i w tym samym lokalu posiedzenie Rady Nadzorczej.

Zjazd Delegatów Związku lekarzy kas chorych odbył się dnia 17 maja br. w sali obrad Izby handlowo-przemysłowej we Lwowie przy współudziale: Dr. Danielskiego jako przewodniczącego, Dr. Walichiewicza (Lwów), Ollera (Przemyśl), Strzemieńskiego (Kraków), Medyńskiego (Kraków), Leinkrama (Kraków), Klisiewicza (Rzeszów), Fromera (Drohobycz), Hausmanna (Stryj), Izgura i Jeśmana (Równe), Guttenberga (Bielsko), Landaua, Hozera, Mierzeckiego, Hellera, Jonasa, Rubina, Czaczkowskiego, Zabłockiego, Dattnera i Groeblowej — ze Lwowa. Zagaja Dr. Danielski, witając zebranych delegatów i szkicuje sytuację Związku na terenie ubezpieczeń społecznych w ciągu ostatnich 2 lat. Sprawozdanie skarbnika: Kol. Rubin składa sprawozdanie finansowe za ubiegłe 2 lata, przyczem uskarża się na zaleganie ze składkami. Bilans wykazuje nadwyżkę. Przedstawia budżet na rok 1931, który przewiduje wzrost wydatków ze względu na coraz to zwiększające się agendy Zarządu. Na wniosek skarbnika uchwalono wcielić 10 proc. czystego dochodu do utworzyć się mającego funduszu rezerwowego. Uchwalono wysokość składki w kw. 1 zł. (do centrali). W sprawozdaniu sekretarjatu kol. Landau wyjaśnia przyczyny zwłoki w zwołaniu Z. D. Przedstawia historję mozolnych, długoletnich zabiegów około zawarcia umowy ramowej, począwszy od momentu uzgodnienia jej z b. Zarządem Og. państwowego Związku Kas chorych, poprzez konferencje z Okr. Urzędem Ubezpieczeń, delegacje u P. Ministra Pracy i O. S. — aż do podpisania umowy z Okr. Związkiem Kas chorych we Lwowie i przesłania jej do zatwierdzenia Og. państw. Związkowi K. ch. — W tym momencie nastąpił niespodziewany i niezrozumiały protest Izby Lekarskiej we Lwowie złożony w G. U. U. przeciw ostatecznemu zatwierdzeniu tej umowy, stanowić mającej tło konieczne dla organizacji lecznictwa w Kasach i uregulowania personalnych stosunków lekarskich. W stosunku do Związku Lekarzy P. P. Związek lekarzy K. ch. występował z inicjatywą zorganizowania Związku Związków i trwa nadal w taktyce wyciągniętej do porozumienia dłoni. Nad sprawozdaniem wywiązała się dłuższa dyskusja, zakończona dyrektywami co do dalszej taktyki w działalności organizacji. Imieniem wydawnictwa i redakcji „Wiadomości lekarskich" składa sprawozdanie kol. Dr. Mierzecki. Szkicuje historję powstania i rozwoju tego jedynego w swoim rodzaju pisma łączącego artykuły oryginalne, dział referatowy z działem medycyny społecznej, działem organizacyjnym i informacyjnym. Wspomina o trudnościach stwarzanych przez cały niemal czas istnienia zarówno przez poszczególne jednostki, jak nawet zbiorowiska, wspomina o trudnościach w uzyskaniu potrzebnych funduszów założenia i poprowadzenia pisma, skutkiem czego zmuszony był wziąść osobistą poręczenie za ewentualne straty materjalne. Do strat materjalnych nie doszło, przeciwnie bilans okazał się wybitnie aktywny, dzięki poparciu Władz, Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej oraz Głównego Urzędu Ubezpieczeń, ogłaszających się firm i wreszcie prenumerujących kolegów. Ilość prenumeratorów stale wzrasta i stąd czasopismo nasze należy do rzędu najbardziej czytywanych lekarskich czasopism, dochodzi niemal do wszystkich lekarzy kasowych całej Małopolski, Wołynia i Śląska Cieszyńskiego oraz do licznych lekarzy kasowych całej Rzeczypospolitej. Czasopismo nasze rozwija się też i pod względem naukowym, objętość zeszytów powiększa się, a zwiększa się też ilość oryginalnych artykułów naukowych. Zarówno w życiu organizacyjnem, jakoteż i naukowem lekarzy kasowych odgrywają „Wiad. Lek." dużą rolę. Na wniosek kol. Medyńskiego, członka redakcji na Okręg krakowski — uchwalono zaprojektować rozszerzenie działu medycyny społecznej, otwarcie działu pytań i odpowiedzi, organizowanie wycieczek naukowych. Uchwalono wystosować apel do Okręgów, wzgl. Kół, by prenumerowały pismo dla swoich członków. Poczem kol. Medyński imieniem Okr. krakowskiego, a kol. Landau imieniem Okręgu lwowskiego złożyli kol. Mierzeckiemu redaktorowi „Wiadomości Lekarskich" podziękowanie za trudy położone dokoła organizacji i rozwoju pisma. Na wniosek przew. Komisji rewizyjnej uchwalono udzielić ustępującemu Zarządowi jakoteż kierownictwu wydawnictwa „Wiadomości Lekarskich" absolutorjum, uznanie i podziękowanie, przyczem wyszczególniono działalność skarbnika kol. Rubina, sekretarza kol. Landaua i red. kol. Dr. Mierzeckiego. Jako miejsce przyszłego Zjazdu Delegatów obrano Kraków. Uchwalono zmianę statutu, zwłaszcza w ustępach dotyczących Sądów koleżeńskich. Na propozycję Komisji matki wybrano jednogłośnie nowy Zarząd w nast. składzie: Dr. Danielski prezes (Lwów), Dr. Walichiewicz (Lwów), Kaplicki (Kraków), Oller (Przemyśl), Frommer (Drohobycz). Sekretarze: Dr. Landau i Hozer (Lwów). Skarbnicy: Dr. Rubin (Lwów) i Leinkram (Kraków). Członkowie Zarządu: Dr. Heller, Mierzecki, Jonas, Bühn, Seidler (Lwów), Strzemieński, Medyński, Bobak, Budzyński (Kraków), Ramer (Sanok), Kopaczyński (Stanisławów), Izgur (Równe). Zast.: Wachmianin, Szulisławska (Lwów), Müller (Krzemieniec), Guttenberg (Bielsko), Biernacki (Tarnów), Karowiec (Stryj). — Sąd koleżeński odwoławczy: Czaczkowski przew. (Lwów). Członkowie: Laskownicki, Oxner, Sokołowski, Atlas (Lwów), Ciećkiewicz i Sternbach (Kraków). Zast.: Ginilewicz, Groeblowa i Doliński (Lwów). Komisja rewizyjna: Zabłocki przew., Obmiński i Marguljes O. (Lwów). We wnioskach i interpelacjach uchwalono w sprawach tyczących się ogółu pracowników umysłowych porozumiewać się od wypadku do wypadku z Radą Okręgową Związku Zawodowego Pracowników Umysłowych.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XVII. posiedzenie naukowe odbyło się 29. maja b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) odczytanie protokołu z poprz. posiedzenia. 2) Kol. Grochowalski omówił i przedstawił ucisk plastrowy klatki piersiowej. W dyskusji przemawiał Kol. Węgrzynowski. 3) Kol. A. Sołtysik przedstawił przypadki: a) otwartego złamania górnej nasady kości łokciowej, wylecz. szwem. b) szwu obojczyka. c) plastyki skrzydełka nosa. W dyskusji przemawiali: Kol.: Janik, Dobrzański i Selzer. Odpowiedział Kol. Sołtysik. 4) Dr. Cybulska: omówiła obraz krwi w 1. przypadku meningitis basilaris. W dyskusji przemawiali: Kol. Limanowski, A. Falkiewicz, Węgrzynowski, Tomanek i Janik. 5) Kol. Tyszka wygłosił wykład z demonstracją zdjęć rentgenowskich o sztucznej odmie piersiowej.

Poznań.

X. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. odbyło się w piątek, dnia 29 maja 1931 r. o godz. 20,15 w Klinice Laryngologicznej U. P. (Fredry 7, w podwórzu), z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. Prof. A. Laskiewicz zgłasza pokaz przypadku twardzieli (scleroma) nosa i krtani. 3) Prof. A. Laskiewicz: O schorzeniach migdałka językowego.

Z kraju.

Tymczasowy program Zjazdu Higjenistów Polskich Miast i Wsi w Gdyni. 21. VI. godz. 10 rano. Posiedzenie inauguracyjne. „O morzu polskiem" — Prof. Michał Siedlecki (Kraków); godz. 3 p. p. Posiedzenie Sekcji Higjeny Samorządowej. 1) „Nadzór nad artykułami spożywczemi". Prof. K. Karaffa-Korbutt, F. Kasperowicz, A. Safarowicz (Wilno). 2) „Organizacja samorządowej służby zdrowia" — Dr. Dietrich (Łowicz). 3) „Przepisy budowlane z punktu widzenia potrzeb higjeny samorządowej" — Dr. Kl. Łazarowicz (W-wa). 4) „Stan sanitarny Województwa Pomorskiego" — Dr. A. Krysiński (Toruń). 22. VI. godz. 9 rano. Sekcja Higjeny portu i miasta portowego. 1) „Zapobieganie chorobom społecznym w miastach portowych" — Prof. P. Gantkowski (Poznań). 2) „Organizacja władz sanitarnych portu i miasta portowego" — Dr. J. Batko (Chrzanów). 3) „Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w portach i miastach portowych" — Dr. J. Sęczyc (Warszawa). 4) „Zapobieganie chorobom wenerycznym i zwalczanie nierządu w portach i miastach portowych". — Dr. Wiktor Borkowski (Warszawa). 5) „Urządzenia techniczno-sanitarne w portach i miastach nadmorskich" — Inż. E. Kątkowski i Inż. Z. Rudolf (Warszawa). 6) „Wodociągi i urządzenia kanalizacyjne miasta i portu Gdyni" — Prof. Dr. Karol Pomianowski (W-wa); godz. 3 p. p. Plenarne posiedzenie końcowe. 1) „Kąpiele morskie" — Prof. A. Sabatowski (Lwów). 2) Przyjęcie uchwał Zjazdu. 3) Zamknięcie Zjazdu.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 16 od 12—18/IV 1931 r. zach.	zgony	Tydzień 17 od 19—25/IV 1931 r. zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—
Dur brzuszny	138	12	102	11
Paradury	—	—	—	—
Dur plamisty	176	7	140	6
Dur powrotny	—	—	—	—
Czerwonka	8	2	7	1
Płonica	219	18	242	14
Błonica	219	18	242	14
Zap. op. mózg. (nagminne)	26	3	16	7
Odra	495	10	236	13
Róża	81	4	70	5
Krztusiec	52	1	61	4
Zimnica	—	—	4	—
Gorączka połogowa	33	7	25	3
Trąd	—	—	—	—
Jaglica	287	—	437	—
Wąglik	2	—	—	—
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	3	—	1	—
Wścieklizna	—	—	—	—
Zatrucie mięsne	—	—	1	1
Choroba Heine Medina	—	—	1	—
Twardziel	4	—	1	—
Inne choroby zakaźne	89	1	127	1

Ze świata.

XIV Kongres Okulistyczny Międzynarodowy ma się odbyć w Madrycie w kwietniu 1933 roku. Byłoby bardzo pożądane, by okuliści polscy wystąpili na tym zjeździe z referatami. Jednocześnie nie możemy powstrzymać się od życzeń, by w dyskusjach na przyszłym Kongresie zapanował ton zawsze i rzeczywiście naukowy — a wtedy wolne będą one od zgrzytów, jakich świadkami byliśmy w Scheweningen, gdzie prof. Gonin z referentami myślącymi cokolwiek inaczej niż on, rozprawiał się wprost mało kurtuazyjnie, czem wywołał liczne protesty, a nawet opuszczenie sali posiedzeń przez licznych okulistów. Użycie „tête carrée" w stosunku do oponentów francuskich, pochwała okulistów alzackich, jako swych zwolenników, z wycieczką polityczną w kierunku Alzacji(!!), wreszcie chęć ironizowania zapatrywań odmiennych w braku rzeczowych argumentów (np. w stosunku do referatu prof. Kapuścińskiego) — wszystko to nie miało naprawdę nic wspólnego z rzetelnym dorobkiem naukowym!

Komunikat Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa o II Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwa we Wiedniu. W r. 1929 z inicjatywy Ameryki odbył się w Atlantic City Pierwszy Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa, na który zjechało się ze wszystkich stron świata około 150 przedstawicieli, reprezentujących 36 cywilizowanych państw. Wysoce interesujące referaty i dyskusje zostały następnie wydrukowane, urządzona wystawa planów szpitali i całego ogromnego przemysłu szpitalnego, wreszcie tygodniowa wycieczka w celu zwiedzenia szpitali i sanatorjów N. Yorku, Bostonu, Montrealu, Rochesteru, Washingtonu, Filadelfji i Bedfortu — wszystko to przyczyniło się do jaknajdokładniejszego zaznajomienia się ze szpitalnictwem amerykańskiem. Przedstawiciele Polski na Kongresie pp. Dr. J. Ślaski i inż. arch. Wł. Borawski po powrocie do kraju w szeregu odczytów streszczali omawiane na Kongresie referaty. Dzisiejszy rozwój szpitalnictwa wkracza nie tylko w dziedzinę zagadnień lekarsko technicznych, lecz też ekonomiczno-socjalnych, przeto dla prawidłowych rozstrzygnięć tych problematów pożądana jest współpraca wszystkich kulturalnych narodów. W tym celu na Kongresie w Wiedniu ma być ostatecznie powołane do życia „Międzynarodowe Towarzystwo Szpitalnictwa", które ma się stworzyć z delegatów (dwóch) poszczególnych narodowych Towarzystw Szpitalnictwa i jednego przedstawiciela rządu danego państwa. Na czele tego Komitetu organizującego M. T. S. stoją: prezes Dr. René Sand, viceprezes prof. J. Tandler, Sekr. skarb. Dr. E. H. Lewiński-Corwin, Prof. C. Chagas i Dr. S. S. Goldvater. Wstępem do Kongresu wiedeńskiego ma być zbiorowa wycieczka specjalnie dla przedstawicieli Ameryki Północnej i Południowej między 14 maja i 6 czerwca do Anglji, Danji i Niemiec. W czasie Kongresu w Wiedniu również przewidziane są wycieczki do najbardziej interesujących szpitali i sanatorjów w mieście i okolicy, zaś po Kongresie do Budapesztu. Na Kongresie poruszone zostaną następujące podstawowe tematy: Referaty: 1) Koszty budowy szpitali — Dr. Distel z Hamburga. 2) — Rola pielęgniarstwa w szpitalu — Miss Reimann z Genewy. 3) Terminologja szpitalna — Prof. Dr. Wirth z Frankfurtu. 4) Prawodawstwo szpitalne — Dr. Harper z Wolverhampton. 5) Działy pomocnicze w szpitalach — Dr. Wertmann z Hilversum. 6) Opłaty dzienne za pobyt w szpitalu — p. Gouachon z Lyonu. — Tematy do dyskusji: 1) Przychodnia w szpitalach — Dr. Lewinski-Corwin z New Yorku. 2) Odżywianie chorych — Prof. von Norden z Wiednia. 3) Rezultaty ubezpieczenia na wypadek choroby w szpitalnictwie — Dr. S. Whittaker z Londynu. 4) Rola neurologji i psychjatrji w szpitalu ogólnym — Dr. Alter z Dusseldorfu. Karta uczestnictwa w Kongresie, uprawniająca do wstępu na posiedzenia (język francuski, niemiecki, angielski) zwiedzanie, otrzymanie sprawozdań i wniosków, wstęp na wystawę, zniżka kolejowa, wjazd do Austrji bez wizy i t. p. wynosi 35 szyl. austr. (około 45 zł). Od osób towarzyszących członkom Kongresu przewidziana jest opłata 3 szyl. (około 4 Zł) również zniżka kolejowa, wjazd bez wizy. W czasie obrad Kongresu zorganizowane będą wycieczki turystyczne autobusami za dodatkową opłatą do Schönbrunu, Klosterneuburga, Kreuzensteina, Semmeringu, do muzeów, galerji, opery i t. p. Nic też dziwnego, że pierwszy tego rodzaju zakrojony na szeroką skalę Kongres Szpitalnictwa budzi powszechne zainteresowanie i będzie z pewnością dwukrotnie liczniejszy, niż poprzedni amerykański. To też choć niedawno Towarzystwo Szpitalnictwa założone zostało, jednak zabiera się z całą energją do zorganizowania jaknajliczniejszego udziału delegatów z Polski w pracach Kongresu, oraz przygotowuje specjalną propagandową broszurę o naszem szpitalnictwie w trzech językach. W celu nadania reprezentacji z Polski większej spoistości, Polskie Tow. Szpitalnictwa podejmuje się załatwić wszystkie formalności zapisu na członka Kongresu, do czego jest koniecznem wypełnienie karty zgłoszenia i przesłanie bezpośrednio do Sekretarjatu Kongresu (Vienne VII — Messplatz Nr. 1) składkę 35 szyl. austr., lub też można złożyć Zł. 50.— do P. T. S. (Warszawa, Widok Nr. 23 m. tel. 771-71, godz. 5—8 wiecz.), które przyjmować będzie zapisy do dnia 10-go maja r. b. i następnie prześle listę członków z Polski wraz ze składkami do Wiednia. Wszystkie pisma codzienne, które nie podały dotąd żadnych informacyj o Kongresie proszone są uprzejmie o przedruk powyższych wiadomości.

Komitet urządzający Kongres Fizjoterapeutyczny, jaki się odbył w Liege w r. 1930 zawiadamia, że publikacje tego Kongresu będą wysyłane tylko pod adresem tych lekarzy, którzy prześlą za pomocą czeku Kongresu Fizjoterapeutycznego Nr. 243065 na ręce Dr. de Keyser'a kwotę 125 franków lub 25 belgas. Publikacje te będą zawierały ostatnie odkrycia z dziedziny: kinezjoterapji, radjologji, elektroterapji, hydrologji i aktinoterapji.

Na posiedzeniu Akademji Nauk w Paryżu (4. V. 1931) doniósł Charles Nicolle o ciekawej i nowej obserwacji. Oto stwierdził on, iż człowiek, nie chorując zupełnie, może być roznosicielem zarazka przesączalnego, wywołującego u psów ciężką chorobę nosówki (*Febris catarrhalis et nervosa canum*). Do licznych obserwacyj w sensie odwrotnym, w których zwierzę jest roznosicielem chorób ludzkich, po raz pierwszy stwierdzono, że sprawa i odwrotnie przedstawić się może.

Zmarli.

W Krakowie zmarł w dniu 4 czerwca b. r. Dr. August Kwaśniewski, czł. czynny Pol. Akad. Um., czł. honorowy i czynny wielu Tow. Lek. kraj. i zagr., doktor honor. Uniw. Lwowskiego, b. prezes Krak. Tow. Lek., oficer w powstaniu 1863, komandor orderu Polonia Restituta, odznaczony Krzyżem Walecznych i Krzyżem Niepodl. z mieczami, urodzony w roku 1839.

Redakcja otrzymała.

Letulle Maurice: „Anatomie pathologique". Tome I, II, III, Nakł. Masson et Cie. Paris. 1931.

Zakopane, Sprawozdanie Zarządu uzdrowiska w Zakopanem, 1931, opracowane przez Tad. Zwolińskiego.

Cotte Gaston, „Troubles fonctionnels de Lapparcil génital de la femme". Masson et Cie. Paris. 1931.

Mikułowski Wł. „Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, a kiła wrodzona u dzieci". Odb. z „Nowin lekarskich", nr. 8, z r. 1931.

Mikułowski Wł. „Przypadek kokluszowego zapalenia mózgu u dziecka kiłowego". Odb. z Medycyny nr. 10. z r. 1931.

Korczyński Ludomir, „Skorowidz lecznictwa". Wydanie drugie. Kraków. 1931.

Sergent E., Bordet Fr. et Duraud H. „Exploration radiologique de l'appareil respiratoire". Masson et Cie, Paris 1931.